

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

OL. XLVII

Maio de 1944

N. 5

Sumário:

	Pág.
A doença do metatarsô de Koehler. — Prof.	
Mário de Abreu.....	367
O movimento Rorschach no Brasil. — Dr.	
Antônio Miguel Leão Bruno.....	377
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina.....	405
Higiene, Molestias Tropicais e Infecciosas.....	405
Cirurgia.....	408
Pediatria.....	417
Otorrinolaringologia e Cirurgia Plástica.....	421
Medicina.....	422
Urologia.....	443
Obstetrícia e Ginecologia.....	444
Sociedade Médica de São Lucas.....	446
Sociedade Paulista de História da Medicina.....	447
Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo.....	448
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	448
Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".....	451
Sociedade Paulista de Medicina e Higiene	
Escolar.....	451
Outras Sociedades.....	452
Literatura médica.....	453
Imprensa médica de São Paulo.....	455
Vida médica de São Paulo.....	456

XANTINON

FRAÇÃO PROTETORA DA CELULA HEPÁTICA

Prometeu - segundo a Mitologia - roubou do céu o fogo para com ele animar os homens. Por isso foi condenado a ser acorrentado ao Monte Cáucaso, onde uma águia devorava seu fígado, que continuamente se refazia.

Princípios anti-tóxicos equivalentes
50 gramas de fígado fresco
Vitamina B₁ 0,002 gms



Insuficiência hepática
Auto e hetero-intoxicações
Pré e post-operatórios

Caixa
6 ampólas de

LABORATORIO XAVIER ★ João Gomes Xavier & Cia.



CA

equival
eco
002 688

size
da

1
c
P
c
c
a
u
d
o
b
a
p
b
fe
ta
ta
ap
va
too

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES
Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso. . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVII

Maio de 1944

N. 5

A doença do metatarso de Koehler *

Prof. Mario de Abreu

Catedrático da Faculdade de Medicina do Paraná

A doença de Koehler II, assim mais geralmente denominada, é uma curiosa afecção que se assesta, segundo nos informa o proprio Koehler (1), na superficie articular da base da falange proximal do 2.º dedo (raramente do 3.º, dos dois ou de outros dedos) na articulação metatarso-falangiana correspondente e sua periferia imediata, na superficie articular da cabeça do 2.º (ou do 3.º) metatarsiano e na propria cabeça e toda a metade distal do metatarsiano. O aspecto radiografico é o seguinte: o contorno da superficie articular da base da falange proximal está mais aplainado e irregularmente extendido formando às vezes como um S; em quasi todos os casos o espaço articular é mais amplo do que normalmente; este aumento é irregular, com frequencia, o lado externo é duplo do interno; o contorno articular da cabeça do metatarsiano, em casos recentes está mais ou menos achatada e nos antigos apresenta protuberancias interrompidas por perdas de substancia; nos casos cronicos avançados há sombras de corpos extranhos de densidades variaveis, de forma esferica; a cabeça do metatarsiano está encurtada em seu terço distal como si a superficie articular estivesse deprimida e o metatarsiano se encurta em seu conjunto, sendo que em alguns casos aparece a zona articular como si estivesse deprimida e logo levantada, o que tem sido confundido com fratura simples; em todos os casos, salvo poucas exceções, está mais ou menos al-

* Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 29 de fevereiro de 1944.

terada a metade do metatarsiano no sentido de aumentar o diametro para a cabeça de modo que aí não existe nenhum indício de colo" (adaptado de Koehler (1)).

Lewin (2) descreve-o do seguinte modo: 1) achatamento da cabeça metatarsiana; 2) alargamento do colo e da porção distal da diáfise; 3) irregularidade da linha da epífise; 4) alargamento do espaço articular metatarso-falangiano; 5) abaulamento diminuído da superfície articular da falange proximal e ocasionalmente; 6) uma linha de fratura incompleta sem deslocamento.

Freiberg (3) descreveu sem tais minúcias e mais ou menos na mesma época de Koehler (veja-se Koehler (1) um quadro radiográfico idêntico, em doentes portadores da mesma afecção, por isso os autores norte-americanos indicam-na por doença de Freiberg.

Embora de etiopatogenia muito discutida, representa uma entidade clínica perfeitamente caracterizada e indicada pela dor ao nível da 2.^a articulação metatarso-falangiana, mais raramente ao nível da 3.^a, provocada de modo mais intenso pela marcha, variável de intensidade, sem sinais inflamatórios agudos, espessamento palpável com a evolução da doença, com movimentos articulares ativos e passivos prejudicados e por um aspecto radiográfico sempre o mesmo, facilmente identificável e muito típico.

Não recebeu ainda uma definição uniforme.

Koehler descobriu a tipicidade e uniformidade radiográfica da doença e também divulgou o seu conhecimento, por sua publicação inicial em 1914, depois ao Congresso de Roentgenologia em 1920, e posteriormente em seu tratado, mas não procurou dar uma definição.

Freiberg (3) considerou-a uma infração ou fratura incompleta, donde a denominação de infração da cabeça do 2.^o metatarsiano.

Lawin (2) chama de osteocondrite juvenil deformante metatarso-falangiana ou epífise metatarsiana, considerando-a portanto semelhante a escafoídite tarsiana de Koehler e outras afecções de semelhante aparência, de outros ossos.

Campbell (4) ora denomina de epífise do metatarso, ora infração da cabeça do metatarso, acrescendo os nomes de doença de Freiberg e doença de Koehler.

Massart (5) considera-a como uma epífise de crescimento. Fergusson (6) coloca-a entre as osteocondroses, associando o nome de Freiberg.

Diz Koehler (1) "na realidade é muito difícil decidir si as deformidades, depressões e proeminências da cabeça articular são primitivas ou secundárias a traumatismo e si são devidas a inflamação, necrose, embolias ou alterações raquíticas", tanto que a

mór parte dos autores fogem de classifica-la. Ligeiramente referida nos tratados de ortopedia, é atualmente uma afecção classica e dela fazem menção quasi todos os livros de radiologia, apesar de havermos notado, em varios que compulsamos, que os clichés são imprecisos e muito pouco claros, com frequencia esquematicos.

As radiografias da doente que vimos são tão tipicas em toda a evolução da doença que constituem, além da divulgação da doença, o principal motivo desta publicação.

Depois de Koehler haver chamado a atenção de todos, considerando-a talvez mais frequente que a do escafoide, muitos trabalhos surgiram, maximé em relação à etiopatogenia.

Freiberg (3), Kappis (7) julgam que todas as perturbações anatomicas são decorrentes de um traumatismo com fratura, este acrescendo a possibilidade da preexistencia de modificações estruturais dos ossos por perturbações internas.

Não coincide esta opinião com a mór parte das observações, pois não referem traumatismos anteriores. E' bem verdade, que é muito difficil discernir, porque sabemos quão facil é passar desapercebido fraturas minimas epifisiarias metatarsianas ou metacarpianas, por poderem elas se produzir com traumatismos, que pouco chamam a atenção dos doentes. Porém, um fato é notavel, o aspecto radiografico posterior a estas fraturas nada tem de uniforme, enquanto que na doença de Koehler II é muito tipico e caracteristico, parecendo-nos que não deva ser a causa determinante.

A deformação, facilitando pequenos traumatismos constantes, poderá causar então a artrite deformante, estadio mais evoluído da afecção, com dores concomitantes mas sem ser a causa inicial da lesão.

Infecção, outra causa invocada, não póde ser satisfatória. Não há evidencia clinica inflamatoria e mesmo nos periodos mais dolorosos, não se percebe o minimo sinal de infecção, além da uniformidade do inicio da lesão, que não condiz com as perturbações lesionais da artrite.

Axhausen (8), um dos autores que melhor estudou esta afecção, procurou demonstrar que a lesão primitiva é a necrose ossea circumscriita da epifise, por processo embolico, o que constitue o ponto de partida de todas as outras deformações, de regeneração e destrutivas, em virtude da irritação permanente do apoio do pé em seus movimentos. Machacek, de Viena, apoia-se nesta doutrina para referir a sua experiencia desta tão curiosa afecção, evidenciando como póde determinar graves artroses deformantes do pé.

Há uma certa tendencia atual em julgar a doença de Koehler II como uma fórmula de osteocondrite ou melhor osteocondrosis, semelhante em sua formação e causas, às afecções mais co-

nhcidas e frequentes deste genero, como doença de Perthes, tarsiana de Koehler, de Kienböck, etc.

Burckardt (9) procurou dentro da teoria traumatica introduzir novo conceito diretor, não o do traumatismo unico, que posteriormente desencadeia as modificações estruturais da articulação, mas o dos minimos traumatismos sucessivos e repetidos, por muito tempo seguido, a ponto de determinar alterações nas estruturas osteo-articulares. Considera a causa das diversas osteocondrosis, em particular da dissecante de König, tendo-a denominado "segunda nova teoria traumatica".

Nagura (11) julga a doença metatarsiana de Koehler de patogenia identica à doença de Perthes, por ele já estudada e tem tendencia em acreditar ser da mesma causa, as outras localizações osteocondromatosas. Em estudos experimentais e observações clinicas sobre a doença de Perthes, demonstrou que a afecção surge em razão de pequenos traumatismos que provocam uma lesão nodular sub-condral localizada, da esponjosa epifisaria, que por sua vez pode curar totalmente, ou si os traumatismos se repetirem, ser o agente irritativo das modificações osseas. Nestas circunstancias, isto é, continuação das ações traumaticas, vai se constituir em torno deste nódulo, novos e mais extensos processos destrutivos, com modificações regressivas e focos necroticos constituindo-se então o elo da cadeia chamado por Nagura (1) destruição 1, reconstituição 2, destruição 2 reconstituição, que correspondem a momentos etiologicos diferentes. Nas suas observações experimentais poudes verificar a semelhança encontrada com os achados histo-patologicos de Axhausen, embora dando-lhe interpretação diversa. Num contingente de 211333 doentes ortopedicos vistos em 10 anos, com inumeros casos de afecções osteo-condriticas, nenhum poudes observar de Koehler e Nagura atribue o fato, ao uso dum tipo especial de sandalia no Japão, que impede os traumatismos continuados do pé.

Define (14) em sua tese expõe muito interessantes dados experimentais para comprovar a teoria traumatica na coxa plana

Numa interpretação geral poderíamos talvez associar as afirmações de Nagura, aos estudos histo-patologicos de Axhausen. Poderíamos supor como causa da lesão anatomica ossea, não trombo-embolias dos vasos nutridores, que realmente como afirmam Kappis e Lange nenhuma vez poudes ser observado, mas acreditar em lesões traumaticas das arterias epifisarias, ficando então uma noção mais clara, quiçá mais de acordo com os varios pesquisadores e mais exata. Condizente com estas experimentações mais hodiernas é a opinião emitida por Aschoff (1). "A enfermidade de Perthes, a da 2.^a articulação metatarso-falangiana e a do osso semilunar, são devidas ao mesmo processo, a uma necrose ossea sub-condral; os transtornos vasculares podem não ser causados por embolias, mas por lesões traumaticas".

A história clínica destes doentes ou melhor destas doentes, é muito mais frequente nas mulheres, é mais ou menos invariável, sendo parece excepcionais as graves artroses metatarso-falangianas relatadas por Machacek (12). O diagnóstico, só não se faz por não ocorrer na fase inicial, mandar fazer radiografia ou então, feita esta, a leitura desnortear-se por desconhecimento da lesão. Não se acha o que não se conhece. A nossa observada tem história típica a todas estas doentes; surgiram os primeiros sinais na idade de 10 anos, como é mais comum entre 8 e 12 anos; o sintoma dominante foi a dor localizada ao nível da 2.^a articulação metatarso-falangiana, como sempre nestes casos. A princípio incomodativa, foi se agravando com o correr dos anos,



Fig. 1 — Em 16-12-1937, aspecto da lesão óssea

sem nada se perceber localmente nesta fase, com conservação livre dos movimentos, indolor em repouso, de pé ou caminhar ou correr doloroso, a ponto de obrigar a descanso. Aos 15 anos notava-se ao palpar leve espessamento local, sem dor, porém a dificuldade da marcha era muito maior. Primeira radiografia nesta ocasião (n.º 1), não se fez diagnóstico, mas foi praticada uma intervenção cirúrgica que foi superficial, embora tenha havido alguns meses de melhora para a doente.

Novos clichês aos 16 anos (n.º 2) em outra cidade, também não tiveram diagnóstico, suposta sífilis, apesar de exames complementares negativos, foi executado tratamento metódico e intenso.

Na evolução posterior (n.º 3), quando examinámos, aumento de volume articular, persiste a dor em caminhadas longas e de modo descontinuo e ha certa rijeza nos movimentos, embora

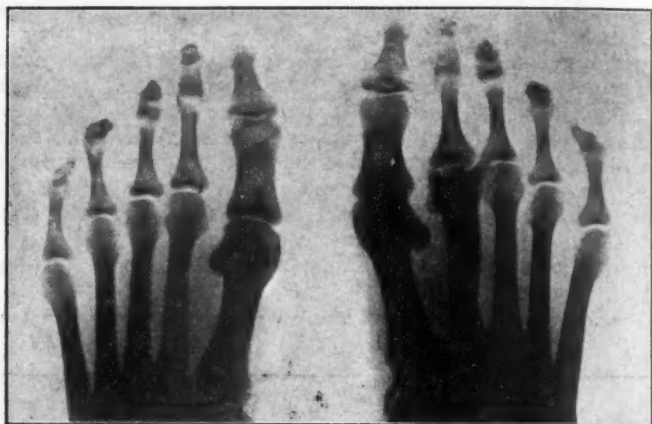


Fig. 2 — Em 26-6-1940, vendo-se o pé doente e o pé são, comparativamente



Fig. 3 — Em 7-12-1943, aspecto radiológico do pé doente

conservados. Moça bem disposta e desenvolvida, sem nenhuma outra queixa. A evolução se fez no espaço de 10 anos desde os primórdios e demonstra ser de tendência a agravação local.

A terapêutica por nós utilizada foi conservadora, aliás como é geralmente aconselhado: bota corretiva de apoio e hidrotera-

8)

pia, porém, apesar de melhora, persiste a possibilidade de intervenção cirúrgica.

Esta poderá ser:

1) ressecção da cabeça do metatarsiano. É a intervenção à primeira vista mais lógica, desde que é onde predominam as lesões. É aconselhada por Campbell (4) quando o prejuízo funcional tende a se agravar. No entanto, seus resultados tardios podem não ser bons, pois é frequente a persistência da dor, com indicação, então, de amputação.

2) perfurações a Beck.

3) amoldar com escopro as porções laterais da cabeça do metatarsiano e base da 1.^a falange e extirpar os fragmentos livres.

Estes dois processos podem ser combinados, mas são inconsistentes os resultados, conforme Hauser (13), embora suficientes algumas vezes.

4) ressecção da epífise proximal da 1.^a falange. Foi o método executado na clínica de Spitzzy por Machacek. A apresentação dos seus casos é convincente; tendo tratado doentes já operados e obtido bons resultados. A intervenção é simples, devendo-se gessar em seguida para repouso. Acarreta um encurtamento do dedo sem implicar em prejuízo funcional, o que pôde suceder com a ressecção da cabeça do metatarsiano pela perda de conexão do pé anterior.

Parece-nos a intervenção a executar.

• BIBLIOGRAFIA

- 1) — KOEHLER (A.) — "Roentgenologia — Los limites de la imagen normal, etc." vol. trad. Labor, 1933, pag. 96-114.
- 2) — LWIN APh.Q — "The Foot and Ankle", vol. Lea e Febiger, 1941, pag. 222, 2.^a ed.
- 3) — FREIBERG (A. H.) — "The so-called Infracture of the second metatarsal Bone" — Journ. of Bone and Joint Surg., 8.2, pag. 257, 1926.
- 4) — CAMPBELL (W. C.) — "Operative Orthopedics" — vol Mosby 1939, pags. 240 e 1037.
- 5) — MASSART — VIDAL — NAQUET — "Pratique Orthopedique", vol. Amedée Legrand, 1938, pag. 695.
- 6) — FERFUSSON — "Roentgen diagnosis of the extremities and Spine", vol. 1940, pag. 234.
- 7) — KAPPIS — cit. Koehler e Nagura.
- 8) — AXHAUSEN — cit. Koehler e Nagura.
- 9) — BURCKARDT — Archiv Klin. Chir., 185, pag. 428, 1936.
- 10) — NAGURA (S.) — "Die pathologie der Perthes'schen und der Köhler'schen krankheit am Metatarsalköpfchen" — Zentr. für Chir., n.º 8, 19/2/1938, pag. 417.
- 11) — NAGURA (S.) — "Das Wesen und die entstehung der osteochondritis dissecans Königs etc. etc." — Zentr. für Chir., n.º 35, 28/8/1937, pag. 2049.

- 12) — MACHACEK (J.) — "Operative behandlung bei altem Morbus Köhler II" — Zentr. für Chir., n.º 39, 28/9/1040, pag. 1825.
 13) — HAUSER (E. P. W.) — "Diseases of the Foot", vol. Saunders, 1941, pag. 297.
 14) — DEFINE (D.) — "Etio-patogenia da coxa plana", these de concurso, 1938.
 15) — ASSMANN — "Diagnostico roentgnologico, etc." — vol. 1940, pag. 1212.

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refratária		

INDICAÇÕES: Giardias intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 — RUA S. JOAQUIM, 381 — TEL. 7-2955 — S. PAULO



para Mães e
Filhos

A-DAHR

LAB. **PRODAHR** LTDA.

C. POSTAL 2554 — SÃO PAULO

O Movimento Rorschach no Brasil (*)

pelo

Dr. Antônio Miguel Leão Bruno

Doutor em Medicina pela Fac. de Med. da Univ. de São Paulo (Brasil).
Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais pela Fac. de Direito da mesma Univ. Assistente da Cadeira de Medicina Legal da Fac. de Med. Chefe da Seção de Psicologia Experimental do Instituto Oscar Freire. Presidente da Seção de Psicologia Experimental da Soc. de Med. Legal e Criminologia de São Paulo. Membro Honorário do "Círculo de Médicos Legistas de Rosário" (República Argentina). Médico Legista do Estado

SUMÁRIO

1.^a Parte

- 1 — O método de Rorschach pode e deve ser ainda aperfeiçoado.
- 2 — A bibliografia brasileira sobre o Psicodiagnóstico de Rorschach já é, qualitativamente, apreciável.

2.^a Parte

- 1 — O movimento Rorschach no Brasil: a) Divulgadores e continuadores da obra de Rorschach no Brasil; b) *Instituto Rorschach do Brasil* e *Revista Rorschach* brasileira.
- 2 — A bibliografia brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach.

1.^a Parte

- 1 — O método de Rorschach pode e deve ser ainda aperfeiçoado.

"The Rorschach method is growing in popularity as a useful procedure in psychological and in psychiatric diagnosis" NOLAN D. C. LEWIS. *Introdução* ao livro de BRUNO KLOPPER E DOUGLAS MC GLASHAN KELLY — *The Rorschach Technique*, p. iii, World Book Company, Yonkers - on - Hudson, New York, 1942.

"Study of the Rorschach technique is a dynamic one in which constant additions to our understanding of this method are being made. Articles are appearing in practically every psychiatric and psychological journal and even the layman has become familiar with the name if not with the prin-

(*) Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo na Sessão de 14 de janeiro de 1944.

ciples involved in the Rorschach experiment. Innumerable lines of research with the tests have been opened up, but much remains to be done".

RUTH BOCHNER, FLORENCE HALPERN — *The Clinical Application of the Rorschach Test*, p. 206, Grune & Stratton, N. Y., 1942.

"Hermann Rorschach himself considered his Psychodiagnostics a mere beginning. He worked indefatigably toward its completion until death intervened".

DR. W. MORGENTHALER, "in" *Prefácio da Segunda Edição* (da versão inglesa por PAUL LEMKAU e BERNARD KRONENBERG, 1942, p. 11) do *Psychodiagnostik* de Hermann Rorschach.

Data de 1921 o aparecimento do *Psychodiagnostik* (1). E, primeiramente na Europa, e, logo em seguida, nos Estados Unidos da América do Norte, e, depois, na América Latina — psicólogos, psiquiatras, médicos legistas e criminologistas se propuzeram fazer experimentações sobre a prova de Hermann Rorschach. E fizeram-nas. E com elas ficaram entusiasmados.

Em o nosso trabalho *Psicograma de Rorschach. Ficha para seu registo* ponderávamos:

"... Naturalmente, seguindo-se estritamente a lição de Hermann Rorschach e de seus dignos seguidores, para os fins a que o teste se propõe é mais do que suficiente.

"Mas, seguindo-se essa rota seremos estacionários. Não seria interessante aprofundarmos o estudo deste meio de diagnóstico? Não seria interessante levarmos adiante, se possível, as pesquisas do inolvidável psiquiatra suíço?

"Cremos que muita coisa há que se fazer nesse sentido. Cremos que este elegante teste poderá proporcionar mais subsídios ao psicólogo, ao psiquiatra e ao médico legista". (2)

E em outra nossa contribuição (*Psicodiagnóstico de Rorschach. Padronização das classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo*) escrevíamos:

"... ao lado dos ensinamentos que nos fornece presentemente o teste de Rorschach — outros esclarecimentos, talvez, possamos conseguir.

"Ilacões preciosísimas podem ser inferidas das interpretações dadas por um indivíduo a respeito de um fenômeno conhecido.

"Vimos já que os fenômenos sobre os quais se funda o psicodiagnóstico de Rorschach são perfeitamente conhecidos.

"As experiências feitas demonstram à saciedade que há, em verdade, uma estreita relação entre certos modos de interpretação das manchas e determinados tipos mentais ou afetivos.

(1) HERMANN RORSCHACH, *Psychodiagnostik*, Bern-Leipzig, Bircher ed., 1921.

(2) ANTÔNIO MIGUEL LEÃO BRUNO, *Psicograma de Rorschach. Ficha para seu registo* "in" *Arquivos da Polícia Civil de São Paulo*, Vol. IV — 2.º semestre — Ano de 1942, p. 191 (Vide *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, N.º 4).

"Ora, levando-se mais adiante aquelas experimentações, acreditamos ser possível aperfeiçoarem-se certos dados metodológicos do teste em questão".

E como 2.^a *Conclusão* dêsse último trabalho salientáramos que tal teste, como todo processo de investigação científica, é passível de aperfeiçoamentos, quer no que toca à *terminologia*, quer no que diz respeito à *própria técnica*. (3)

E' o que efetivamente se deu e se dá continuamente. Ao lado de uma crítica construtiva sobre a esplêndida prova em apreço, muitos aperfeiçoamentos vão sendo introduzidos. E muitos outros se fazem ainda mister.

Na Europa, especialmente na Suíça, Alemanha, Inglaterra, França, Itália e Espanha, — valiosíssima tem sido a contribuição nesse sentido. E na América do Norte e do Sul, máxime nos Estados Unidos da América do Norte, os trabalhos a respeito são qualitativa e quantitativamente, simplesmente admiráveis. Basta, para se ter uma rápida e, ao mesmo tempo, nítida visão sobre esses estudos, contemplar-se a bibliografia publicada na última edição do *Psychodiagnostik*: há aí referências a 243 trabalhos das mais notáveis autoridades sobre o assunto.

Bruno Klopfer e Douglas Mc Glashan Kelley, no seu recente e precioso *The Rorschach Technique* (4), foram além, conseguindo reunir uma bibliografia por demais sugestiva: 370 contribuições sobre a matéria são mencionadas nesse livro!

2 — A bibliografia brasileira sobre o Psicodiagnóstico de Roschach já é, qualitativamente, apreciável.

Se manusearmos as duas últimas obras citadas, veremos, sem embargo, que se referem, conjuntamente, a três autores brasileiros apenas (5).

Ademais, os outros escritos especializados que compulsámos, assim europeus como estadunidenses, silenciam completamente no que tange aos nossos autores e produções.

Ora, tratando-se de um teste que mereceu, e justificadamente, as simpatias dos luzeiros da psicologia e da psiquiatria, e, por outro lado, sendo numerosas as modificações que, paulatinamente, vão sendo aconselhadas pelos entendidos no assunto, — imprescindível é, para o aperfeiçoamento dêsse magnífico instrumento de pesquisa, que tôdas as sugestões aventadas sejam convenientes.

(3) ANTONIO MIGUEL LEÃO BRUNO, *Psicodiagnóstico de Rorschach. Padronização das classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo*, "in" Arquivos da Polícia Civil de São Paulo, Vol. IV — 2.^o Semestre — Ano de 1942, p. 340. (Vide *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Roschach*, N.^o 5).

(4) BRUNO KLOPFER e DOUGLAS MC GLASHAN KELLEY, *The Rorschach Technique*, Jonkers-on-Hudson, New York, World Book Company, 1942.

(5) a) J. LEME LOPES (H. Rorschach, *Psychodiagnostik*, Bibliografia, n.^o 118); b) E. DE AGUIAR WHITAKER (H. Rorschach, *Psychodiagnostik*, Bibliografia, nos 228 e 229, e, Klopfer e Kelley, *The Rorschach Technique*, Bibliografia, nos 1 e 2); c) J. C. C. BORGES (Klopfer e Kelley, *Ob. e Loc. cit.*, n.^o 45).

temente estudadas e, se o merecerem, aplicadas como foram recomendadas ou, mesmo, modificadas consoante a prática cada vez mais apurada o aconselhar. Mas para isso é preciso que essas sugestões sejam... conhecidas...

Conhecidíssimas são as contribuições estrangeiras nesse setor. O mesmo, porém, se não dá com as produções nacionais. Bem merecem elas ser divulgadas. Convém, neste passo, assinalar que a contribuição brasileira para o melhor estudo da prova em questão se quantitativamente não é notável, notável é ela, porém, qualitativamente (Vide 2.^a Parte, n.º 2: *-A bibliografia brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*). Bem merece, em verdade, ser apreciada pelos psicólogos, psiquiatras, criminologistas e médicos legistas de toda a parte — máxime pelos psicólogos, psiquiatras, criminologistas e médicos legistas brasileiros...

2.^a Parte

1 — O movimento Rorschach no Brasil: a) Divulgadores e continuadores da obra de Rorschach no Brasil; b) *Instituto Rorschach do Brasil e Revista Rorschach* brasileira.

"Antes de expor a nossa contribuição pessoal ao tema em estudo, é habitual traçar a história da questão, já para assinalar o ponto de partida, já para render tributo de justiça aos sábios insígnies que nos precederam, abrindo-nos o caminho da investigação. Sempre que neste ponto, por amor à concisão ou por preguiça, propenda o novel investigador a evitar datas e citações, considere que os outros lhe poderão pagar na mesma moeda, calando-lhe intencionalmente os trabalhos".

PROF. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL, *Regras e Conselhos sobre a Investigação Científica*. Trad. bras. da 6.^a ed. esp. pelo Dr. Aquiles Lisboa, Zélio Valverde liv. ed. Rio: 124, '42.

Grande incremento entre nós tiveram as idéias de Hermann Rorschach e de seus ilustres seguidores europeus e americanos.

W. Berardinelli, no seu impecável *Tratado de Biotipologia e Patologia Constitucional* (6) atribue a José Leme Lopes a introdução do método de Rorschach entre nós.

As primeiras experimentações a respeito teriam sido feitas, portanto, em 1932 — como se depreende das próprias palavras do Dr. José Leme Lopes, distinto e competente chefe do Serviço de Psicologia e Eufrenia do Instituto de Puericultura do Rio, em o seu trabalho "*O Psicodiagnóstico de Rorschach na consulta médico-psicológica*", palavras essas que passamos a transcrever:

"... Foram essas elogiosas referências de grandes autoridades na especialidade e meu próprio entusiasmo pelo método, que emprego, desde 1932, como auxiliar do diagnóstico psiquiátrico e

(6) W. BERARDINELLI, *Tratado de Biotipologia e Patologia Constitucional*, IV.^a ed., 236, Livraria Francisco Alves, 1942.

recurso para verificação da influência psicoterápica no tratamento das nevroses, que me levaram a incluir o teste de Rorschach no programa de pesquisas a executar na secção de psicopatologia do Laboratório de Biologia Infantil e posteriormente a utilizá-lo com freqüência na consulta do Centro de Eufrenia do Instituto de Puericultura". (7).

Em Janeiro de 1934, T. Bastos, nos *Arquivos da Assistência Hospitalar do Estado de Minas*, publica um interessante estudo — "*Aplicação do Método de Rorschach aos casos Clínicos, em Endocrinologia*" (Vide ao final dêste trabalho — *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, n.º 2).

E depois, novas contribuições se sucederam...

Na Capital do Estado de São Paulo, o trabalho mais antigo de que temos referência é o de Roberto Veit: *O teste de Rorschach (novo teste de alto valor diagnóstico para a psicologia e psiquiatria)*, comunicação feita à *Secção de Neuropsiquiatria* da *Associação Paulista de Medicina* na reunião de 5 de abril de 1934 (Vide *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, n.º 19). (8).

Em 1934 e 1935, Edmur de Aguiar Whitaker publica sobre o método que tratamos, cinco trabalhos (Vide *Bibliografia Brasileira referente ao psicodiagnóstico de Rorschach*, Ns. 21, 22, 23, 24, e 25).

E, após, ainda em o nosso País, outros valiosos estudos foram feitos sobre a excelente prova.

Embora nem todos os pesquisadores tenham publicado o fruto de suas observações — muitos são os psicólogos e psiquiatras que lançam mão da prova ora em estudo nas suas clínicas particulares e dela também se servem alguns institutos (como, à guisa de exemplo, o Serviço de Identificação do Gabinete de Investigações, o Instituto Oscar Freire, o Manicômio Judiciário, o Instituto de Pesquisas do Serviço Social dos Menores e o Centro Ferroviário de Ensino e Seleção Profissional — todos de São Paulo).

Convém citados entre os incentivadores e profundos conhecedores da técnica do Rorschach entre nós (além, naturalmente, dos que já foram mencionados atrás e das outras indicações que figuram na *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*: Vide 2.ª PARTE, N.º 2): Professores A. C. Pacheco e Silva, Flaminio Fávero, Henrique Belfort Roxo, Gualter Adolfo Luiz, A. de Almeida Júnior, Mário Carvalho da Silva Leal, Alcides

(7) JOSÉ LEME LOPES, *O psicodiagnóstico de Rorschach na consulta médico-psicológica*, "in" *Boletim do Instituto de Puericultura*, 1 (1): 66, '38.

(8) O distinto e competente psicólogo Dr. Roberto Veit refere-se, em trabalho elaborado em 1938 às "experiências realizadas por ele mesmo, há já dez anos com o 'test' psicodiagnóstico do psiquiatra suíço H. Rorschach". (Vide *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, N.º 20). Cremos, contudo, pelas informações por nós obtidas, que as primeiras experiências realizadas por êsse ilustre autor não foram efetuadas em o nosso meio mas, sim, no estrangeiro.

D'Avila Codeceira, Luiz José Guedes, Lopes Rodrigues, A. T. Guimarães, Antônio Porto de Oliveira; Livres Docentes Drs. A. Teixeira Lima, Murilo de Campos, Pedro Augusto da Silva, Fernando de Oliveira Bastos, Durval Marcondes, Edgard Pinto Cezar e Anibal Cipriano da Silveira Santos; Drs. Flávio Rodrigues Dias, Luiz Portela, Francisco Tancredi, Mário Yahn, Arnaldo Rodrigues de Vasconcelos, Prof. Lourenço Filho, Prof. Noemy da Silveira Rudolfer, Dra. Betti Katzenstein, senhorita Maria de Lourdes Viegas, etc.

A exposição do método de Rorschach e o seu desenvolvimento experimental — quer em pacientes que devam ser submetidos a *exame de sanidade mental* para finalidades da Justiça, quer em pacientes outros (principalmente no que toca à apreciação da *inteligência, caráter, vocação, pendores*, etc. dos sujeitos ativos e passivos de *delitos sexuais*), quer, ainda, com objetivos de *investigação pura* — fazem parte integrante do programa por nós desenvolvido, desde o ano de 1940, no *Curso de Psicologia Experimental da Cadeira de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (Prof. catedrático: Dr. Flaminio Fávero, atualmente em comissão na direção geral do Departamento de Presídios do Estado de São Paulo, encontrando-se, na presente data, aquela cadeira, regida, interinamente, pelo Livre-Docente Dr. Arnaldo Amado Ferreira).

Ponto interessante de ser aclarado é o que se prende ao modo por que o precioso teste foi assimilado em o nosso meio.

Em a nossa Capital, inquiridos por nós, alguns psicólogos e psiquiatras que o aplicam, responderam que haviam aprendido a técnica do método de Rorschach com os próprios recursos, baseando-se, para tanto, na bibliografia existente (principalmente no *Psychodiagnostik* e nas publicações de Samuel J. Beck, Marguerite Loosli-Usteri, Marcel Monnier, etc.) e, a seguir, pondo em prática, êsses subsídios.

Quanto a nós próprios, seguimos, também, essa orientação: e os resultados assim obtidos — em geral concordaram com os dos autores estrangeiros consultados. Algumas vezes, porém, foram de molde a fornecer sugestões e conclusões originais — como as que se encontram documentadas em os nossos trabalhos (Vide adiante *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, Ns. 4, 5, 6, 7, 8 e 9).

Seria de desejar que a exemplo do que foi feito nos Estados Unidos da América do Norte, se fundasse entre nós o *Instituto Rorschach do Brasil* para centralizar êsses estudos em nosso País. E, ainda, que, para a divulgação dêstes últimos, se criasse uma revista que cuidasse *exclusivamente* da matéria — a *Revista Rorschach do Brasil*, cujas colunas poderiam ser franqueadas a todos os especialistas e que fosse ela o órgão divulgador e orientador do movimento Rorschach em nossa Pátria.

2 — A Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach.

"Um estudo minucioso e de primeira mão da bibliografia evitar-nos-á injustiças e, por isso, as reclamações de prioridade".

PROF. SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL, *Regras e Conselhos sobre a Investigação Científica*. Trad. bras. da 6.^a ed. esp. pelo Dr. Aquiles Lisboa, Zélio Valverde liv. ed. Rio: 125, '42.

"A bibliografia não é um adorno — é um instrumento de trabalho".

"A bibliografia não é um fim — é um meio".

H. CORDEIRO. — *Los "por qué" y los "cómo" de la bibliografía médica*, "in" *Arch. Urug. de Med., Cir. y Espc.*, III: (400-418), '33.

"Se a bibliografia é necessária, contudo há de se saber escolher e não acreditar que uma bibliografia completa exime de qualquer esforço criador".

P. CHAVIGNY, *Organização do trabalho intelectual* (Traduzido da versão espanhola, Edit. Labor, 2.^a ed. 50, '36).

Tínhamos, para nosso uso particular, uma bibliografia nacional — pequenina é verdade, mas já satisfatória.

Um fato, altamente honroso para nós, fez com que procurássemos completá-la: o preclaro diretor do *Rorschach Institut*, de Nova York, professor Bruno Klopfer, por intermédio de um distinto patricio nosso, Sr. Dr. Décio de Souza, digno assistente daquele mestre da *Columbia University*, agradecendo a remessa de dous trabalhos nossos que versam sobre o psicodiagnóstico de Rorschach (*Psicograma de Rorschach. Ficha para seu registro e Psicodiagnóstico de Rorschach. Padronização das classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo*). Vide — *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, Ns. 4 e 5) e os quais mereceram a bondosa qualificação de "bem elaborados", — pediu-nos, ao lado de outros informes, a bibliografia brasileira sobre o assunto.

Com êsse cativante encargo, pusemos mãos à obra.

Embora grande tivesse sido a nossa dedicação — que, deveras, a tivemos para com esta modesta contribuição —, pequenina, talvez, seja a nossa colheita e demorada a resposta: tanto esta como aquela, são, porém devidas a motivos independentes de nossa vontade (9).

(9) Bem adiantada já ia esta pesquisa: a demora para a redação final foi motivada pelo atraso com que obtivemos algumas informações por nós solicitadas a vários colegas e pelo fato de termos que atender a diversos compromissos inadivels (participação ao Congresso Jurídico Nacional com a tese *Psicologia e Direito*, conferência proferida no Centro de Estudos de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina sobre *As Novas aquisições de medicina legal* e a saudação feita na Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo aos vencedores do Prêmio Oscar Freire de Criminologia de 1943 e da Menção Honrosa de Criminologia desse mesmo ano).

Os motivos acima e o restrito de tempo que, destarte, dispusemos para a nossa missão — cremos, é motivo, e bastante poderoso, para que sejamos desculpados pelo retardamento da feitura deste trabalho e por aquelas possíveis omissões e lacunas, que as terão, forçosamente, os elementos que ora divulgamos.

Os informes por nós enviados àquele insigne professor estadunidense são os que se patenteiam nas presentes linhas.

De omissões inadvertidas e de imperfeições inúmeras se sentirá, por sem dúvida, esta contribuição.

Tratando-se, todavia, de uma primeira tentativa para a organização bibliográfica brasileira dos trabalhos existentes sobre o psicodiagnóstico de Rorschach — é bem de ver que delas não poderia se achar escoimado este trabalho.

Os esclarecimentos contidos aqui foram por nós enviados ao ilustre destinatário, mas com a observação de que, obtidos ulteriores dados, seriam estes, logo após, igualmente remetidos.

Foi precisamente devido a isso que resolvemos trazer a esta douta Sociedade os presentes subsídios e entregá-los o mais cedo possível à publicidade, afim de que, com o auxílio dos competentes e dos próprios autores que inadvertidamente foram esquecidos, se possam reparar as falhas de que porventura se ressintam estes apontamentos.

Portanto, rogamos encarecidamente que as autoridades no assunto e demais interessados nos deem o conselho esclarecido e a correção benévola e, ademais, que nos enviem informações completas sobre outras contribuições existentes acerca do maravilhoso método de pesquisa psicológica ora em exame (10).

Em trabalho futuro, graças à atenção que nos for dispensada, serão remediadas as lacunas ora existentes.

Há em o nosso meio trabalhos experimentais interessantes e originais. Há, do mesmo passo, trabalhos de divulgação, bem assim em artigos publicados nas revistas especializadas, como nas obras gerais de psicologia e psiquiatria.

Vejamos, pois, com as ressalvas já anteriormente apontadas, a bibliografia nacional referente ao psicodiagnóstico de Rorschach dando, ao mesmo tempo, uma síntese dos estudos *originais* ou uma reprodução dos resumos dos trabalhos que pudemos compulсар (11).

(10) Pedimos aos nossos amáveis informantes que, ao fazerem a citação bibliográfica, obedeçam às seguintes normas:

- CITAR: 1) Nome do autor;
2) Título da publicação (artigo? monografia? Neste último caso indicar: edição — se não for a primeira — e editor, cidade, país);
3) Volume, página;
4) Mês, ano.

ENVIAR PARA: Antônio Miguel Leão Bruno
Instituto Oscar Freire
Departamento de Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Rua Teodoro Sampaio. 115
São Paulo — Brasil.

(11) Seríamos gratos aos autores cujos trabalhos não pudemos, como quiséramos, extrair, devido, como já escrevemos, à impossibilidade que nos encontramos de os ter em mãos, — que no-os enviemos com a possível brevidade para, em novo escrito nosso, figurarem seus resumos.

BIBLIOGRAFIA BRASILEIRA REFERENTE AO
PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

(Pela ordem alfabética do cognome ou apelido de família)

- 1) BARBOSA, JOUBERT T. — *Psicodiagnóstico de Rorschach*, Cap. XXIV da obra "*Exame das Funções Mentais (Semiologia psiquátrica)*", Distr. Liv. Ateneu de José Bernardes. Rio: 173-177, '42.
- 2) BASTOS, T. — *Aplicação do método do dr. Rorschach aos casos clínicos, em Endocrinologia*. "*Arquivos da Assistência Hospitalar do Estado de Minas*", Ano I: 121-140, jan. '34.
- 3) BORGES, JOSÉ CARLOS CAVALCANTI. — *O teste de Rorschach em epiléticos*. — "*Neurobiologia*", Pernambuco, 1 (1): 29-35, jun. '38.

Resumo: A requisição do A. o Instituto de Psicologia de Pernambuco aplicou o psicodiagnóstico de Rorschach em 50 doentes de epilepsia criptogenética, havendo um número quase igual de indivíduos dos dois sexos. Na totalidade dos comiciais escolhidos os fenômenos paroxísticos haviam surgido após os três anos de idade e antes dos trinta, e, em todos os casos, foi possível identificar-se o acesso de grande mal.

Nas pesquisas a que se entregou o A. — a perseverança se mostrou o achado mais constante. Particularmente escassas se denunciaram as interpretações firmadas na totalidade da mancha. Excluindo as respostas globais ligadas à perseveração e as descritivas (mui raras estas últimas) somente 5 pacientes deram 6 ou mais de 6 G, entrando estes nos limites do adulto médio.

QUADRO DE FREQUÊNCIA

<i>Interpretações G</i>	<i>Epiléticos</i>
8	1
6	4
5	3
4	8
3	12
2	11
1	6
0	5
—	—
29	50

Eis os tipos de percepção verificados pelo A. nos seus pacientes:

<i>Tipos de percepção</i>	<i>Epiléticos</i>
D-G	17
D	7
D-Dd	7
G-D	6
D-G-Dd	6
Dd-D-G	1
Dd-G	1
D-Dbr	1

A *sucessão* se mostrou *ordenada* na maioria das vezes:

<i>Sucessão</i>	<i>Epiléticos</i>
Ordenada	22
Ordenada com seq. invert.	6
Relaxada	8
Invertida	4

A percentagem de formas bem vistas apareceu acima da cifra média (62,26) em seis ocasiões. Mas somente em um paciente de F % = 71,42 se verificou o tipo de percepção dos indivíduos medianamente inteligentes. Dois epiléticos mantiveram F % nas raías do adulto normal mas apresentaram falhas em outros componentes da inteligência, segundo a lição de Rorschach. Os demais se distribuíram como indica a seguinte tabela:

<i>F %</i>	<i>Epiléticos</i>
Zero	1
De 10 a 19,99	1
De 20 a 29,99	9
De 30 a 39,99	12
De 40 a 49,99	10
De 50 a 59,99	7

Quanto ao *índice de originalidade* — muitas vezes passou êle além do padrão e isto em indivíduos com F % abaixo de 50. Somente em 4 comiciais a originalidade correspondeu a interpretações numerosas de boa forma (F % entre 70 e 90). Contudo, houve a coincidência, nos quatro, de tipos pobres de percepção:

D-G, D, além de deficiências na representação cinestésica.

O *índice de estereotipia* foi apontado 22 vezes acima dos — 26,11 estabelecidos pelo Instituto de Psicologia de Pernambuco. Em 3 pacientes A % caiu a ZERO. Eis as expressões numéricas correspondentes a A %, H % e F % nesses três indivíduos:

<i>A %</i>	<i>H %</i>	<i>F %</i>
a) 0	22,27	0
b) 0	13,33	25
c) 0	100	33,33

A esse respeito apurou o A. o seguinte: "tôda vez que a percentagem de interpretações A e Ad estacionou abaixo de 26,11 houve alteio na representação percentual de H..."

R M: 25 epiléticos forneceram 65 conceitos implicando cinestesia:

<i>Total de int. M</i>	<i>Epiléticos</i>
1	9
2	7
3	4
4	2
5	1
8	1
9	1

Freqüência das respostas:

<i>N.º total de Respostas</i>	<i>Epiléticos</i>
De 1 a 5	1
De 6 a 10	3
De 11 a 15	8
De 16 a 20	6
De 21 a 25	12
De 26 a 30	7
De 31 a 35	5
De 36 a 40	4
De 41 a 45	2
Acima de 45	2
	<hr/> 50

No que se refere à *psicotropia* eis os resultados:

<i>Psicotropia</i>	<i>Epiléticos</i>
Extratensivos	36
Introversivos	2
Ambi-igual	6
Coartados	5
	<hr/> 49

R C:

O sigma da côr duas vezes apenas se representou por 2 e outra por 34,5.

<i>Sigma da côr</i>	<i>Epiléticos</i>
2	2
2,5	5
3	3
3,5	1
4	6
4,5	2
5	4
5,5	3
6	3
7,5	3
8	2
8,5	1
9	1
10	2
11,5	2
12,5	1
13,5	1
14	1
34,5	1

25 pacientes ministraram conceitos firmados secundariamente na côr:

<i>Int. côr</i>	<i>Epiléticos</i>	<i>Total</i>
C	34	120
CF	36	91
FC	25	62

O trabalho do A. termina com as seguintes linhas: "A quota maior dos epiléticos examinados evidenciou, ao método de Rorschach:

"a) Falhas sensíveis em componentes da fórmula da inteligência com indicações de uma intelectualidade prática, concreta, de uma verdadeira

preocupação de minúcias, sem elementos de vida intelectual produtiva nem possibilidades generalizadoras, de abstração, de realizações sintéticas; os processos associativos se fazendo sem seguir precisamente o curso, persistindo em ordens de idéias, a sucessão de idéias sem vivacidade para se aproximar da agilidade psíquica média;

b) atividade mental orientada para fora, muitos raros os sinais de introversão;

c) instabilidade dos sentimentos, com declaradas denúncias de impulsividade, de afetividade egocêntrica, de irritabilidade”.

- 4) BRUNO, ANTÔNIO MIGUEL LEÃO. — *Psicograma de Rorschach. Ficha para seu registo*. Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo na Sessão de 2 de março de 1942. “*Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia*”. São Paulo, XIII: 16 a 29, '42 e “*Arquivos da Polícia Civil*”. São Paulo, IV: 185 — 198, '42.

Resumo: Frisa o Autor nesse trabalho que *conditio sine qua non* para a obtenção de resultados ideais no *Psicodiagnóstico de Rorschach* — é o registo irrepreensível e a apuração segura dos dados obtidos.

Salienta o Autor que o registo dos dados feitos de acordo com os protocolos atuais — não fornece resultados satisfatórios. Concebeu então o A. uma *ficha* para o perfeito registo do psicograma de Rorschach, que oferece as vantagens seguintes:

- a) proporciona grande facilidade e rapidez no registo e interpretação dos dados obtidos;
- b) oferece grande segurança durante toda a realização da prova e no apuramento final;
- c) simplifica as buscas e permite futuros estudos e pesquisas;
- d) faz com que o teste se desenvolva com estética;
- e) é de fácil manuseio.

Em relação ao próprio teste o A. criou certas inovações que fornecem valiosos subsídios, facilmente investigáveis por meio da *ficha* ora ideada. Ditas inovações são as seguintes:

- a) Meios por via dos quais se possa depreender o *valor intrínseco de cada prancha*;
- b) emprego de uma *original classificação das respostas segundo o conteúdo*, a qual procura visar, ao lado das informações comuns, outras de *ordem vocacional, profissional, etc.*
- c) uma *sistematização dos símbolos e abreviaturas*, tendo em mira uma possível *padronização internacional*, ou, ao menos, *nacional*.

Nesse trabalho se encontra incluída a *ficha* ideada pelo A. em 1940.

- 5) BRUNO, ANTÔNIO MIGUEL LEÃO. — *Psicodiagnóstico de Rorschach. Padronização das classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo*. Trabalho inscrito na “Semana de Biotipologia” patrocinada pela Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo em 1942. “*Arquivos da Polícia Civil*”. São Paulo, IV: 323-343, '42.

Resumo: Nessa contribuição frisa o A. que as atuais classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo divergem entre si em muitos pontos e são, ademais, incompletas. A esses vícios, contudo, pondera o A., sobreleva-se um outro: favorecem tais catalogações a que uma mesma resposta seja classificada diferentemente por este ou aquele examinador.

Ora, tratando-se de um teste que mereceu, e justificadamente, as simpatias dos luzeiros da psicologia e da psiquiatria, — imprescindível se afigurou ao A. uma uniformização de tôdas as classificações elaboradas para o fim em mira.

Foi devido a isso que o A. resolveu sistematizar as classificações existentes e nelas incluir algumas *subclassificações*.

Entre os *subagrupamentos* criados pelo A. sobrelevam os atinentes às *Respostas de Obj.* No tocante a estas, escreve o A: "...Depreende-se do exposto que, do ponto de vista psicológico, a idéia geral *objeto* não tem significação alguma". Mas o mesmo não sucederá se se ajuntar à sua compreensão a *qualidade*, o *significado*, a *idéia específica*, a *alma* que nessas respostas (R. Obj.) se encontra implícita: *Objeto Religioso?* (Obj. Rel.?), *Objeto Musical* (Obj. Mus.?), *Objeto Geográfico* (Obj. Geo.?), *Objeto Recreativo?* (Obj. Recr.?), *Objeto Médico?* (Obj. Méd.?), etc.

A solução do problema não se reduz, porém, para o A. a uma simples criação de subagrupamentos. "As interpretações que porventura aí se enquadrem deverão, ainda, ser estudadas conjuntamente com as respostas pertencentes aos demais grupos ou subgrupos (Respostas H, A, An, N, Arq., Eng., Rel., etc.)." Em seguida, o Autor exemplifica o seu modo de ver.

Nesse trabalho há um quadro sinótico minucioso que o Autor apresenta como sugestão para a padronização das classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo e as afirmações do A. são comprovadas com algumas observações próprias.

Eis as conclusões que o Autor apresenta:

- 1.^a) O psicodiagnóstico de Rorschach tem real valor para o estudo da *personalidade* em todos os seus variadíssimos aspectos.
- 2.^a) Como todo processo de investigação científica é ele passível de aperfeiçoamentos, quer no que toca à terminologia, quer no que diz respeito a própria técnica.
- 3.^a) Baseada no estudo da *natureza do conteúdo das respostas*, a presente contribuição faculta a obtenção de dados *acessórios* (*complementares*) de grande utilidade para o melhor estudo da psique humana.
- 4.^a) Eis as vantagens que a nossa classificação oferece:
 - a) Procura abranger, de forma rigorosa, todas as interpretações que possam ser dadas;
 - b) Obsta sejam feitas catalogações diferentes para a mesma interpretação;
 - c) Impede que respostas de valor psicológico diferente sejam classificadas no mesmo grupo e, vice-versa, que se separem interpretações de mesmo sentido psicológico;
 - d) Possibilita a obtenção, além dos informes comuns, de dados outros que permitam chegar-se ao diagnóstico da vocação, profissão e outros pendores especiais (disposições, inclinações, tendências) do indivíduo em exame.
- 5.^a) O presente estudo evidencia que, no teste em questão, se faz mister uma padronização internacional da simbologia, terminologia e classificações atualmente empregadas.

6.ª) Enquanto, porém, não se tornar uma realidade tal fato, — fôra de desejar que a classificação preconizada neste trabalho servisse, pelo menos, de base para uma futura padronização nacional”.

- 6) BRUNO, ANTÔNIO MIGUEL LEÃO. — *O Psicodiagnóstico de Rorschach em sexologia forense*. Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo na Sessão de 30 de Janeiro de 1943. Resumo publicado nos “*Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*”. São Paulo, XLV (4): 308-309, abril de 1943.

Resumo: Demonstrou o A. que o método de Rorschach pode fornecer preciosos subsídios no importante capítulo da sexologia forense. Como os diferentes tratadistas não abordaram ainda o assunto, o A., baseando-se nas modernas correntes psicológicas, fez ver que muitos informes podem ser obtidos nesse setor, objetivando as suas asserções com um farto material de observações próprias, gráficos e quadros estatísticos. Eis as conclusões a que chegou o A.: 1.ª) Relativamente às demais respostas — as respostas sexuais são em pequeno número; 2.ª) Nos indivíduos de boa inteligência e educação aprimorada, escasseiam tais respostas; 3.ª) Embora também raras, nos adolescentes do sexo masculino de inteligência normal, tais respostas se encontram com maior frequência que nos indivíduos a que se refere a conclusão anterior; 4.ª) Existência de pequena porcentagem de respostas sexuais, que poderíamos, pelas suas características próprias, denominar “respostas sexuais médicas”, nos examinandos profissionais da Medicina ou das Ciências Afins; 5.ª) Nos sujeitos ativos de crimes contra os costumes verificamos: a) ausência quase completa de tais respostas nos indivíduos de Q. I. acima de 90; b) porcentagem mais alta de respostas sexuais nos indivíduos de Q. I. abaixo de 70; 6.ª) É de grande importância neste estudo a confrontação dos resultados da prova de Rorschach, com os subsídios auferidos (além da avaliação do nível mental relativo à idade) pelos testes de caráter, pela prova das associações verbais, etc.: 7.ª) Das conclusões acima enunciadas, se depreende quão interessante seria a aplicação do psicodiagnóstico de Rorschach nas penitenciárias, com as finalidades visadas neste trabalho, tendo-se em vista principalmente os sentenciados condenados por crimes de natureza sexual. Dados importantes poderiam ser obtidos, maximé em relação aos criminosos de Q. I. baixo e de tendências impulsivas.

- 7) BRUNO, ANTÔNIO MIGUEL LEÃO. — *O Psicodiagnóstico de Rorschach em sexologia forense. Uma observação interessante*. Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo na Sessão de 1 de março de 1943. Resumo publicado pelos “*Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*”. São Paulo. XLV (4): 309, abril de 1943.

Resumo: O A., continuando seus estudos originais sobre as aplicações de psicodiagnóstico de Rorschach em sexologia forense, trouxe uma nova contribuição à Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo nesse sentido, confirmando, com uma observação demonstrativa, os resultados a que chegara em trabalho anteriormente comunicado. A nova observação se refere a uma paciente sujeito passivo do crime catalogado no

art. 217 combinado com o inciso n.º II do artigo 226 do novo código penal. (*) Trata-se de uma paciente criada em nível social inferior e de condições econômicas precárias: seu quociente intelectual foi igual a 60 (testes Binet-Simon, revisão Terman); submetida ao teste de Goddard revelou imprecisão e morosidade dos movimentos e um procedimento ilógico. Os testes de caráter denunciaram uma deficiência moral acentuada. Por outro lado, a prova de Rorschach evidenciou um resultado verdadeiramente surpreendente: — 100 por cento de respostas sexuais!

O A., depois de analisar cuidadosamente o psicograma do caso em apreço, terminou afirmando que a observação apresentada confirmara a sua comunicação anterior, tendo a acrescentar-se, ainda, que a presença de respostas sexuais também se pode verificar, com maior frequência, nos sujeitos passivos das infrações penais de ordem sexual e nos quais, além de um baixo Q. I., haja uma acentuada deficiência moral de fundo sexual.

- 8) BRUNO, ANTÔNIO MIGUEL LEÃO. — *Psicodiagnóstico de Rorschach. Introdução ao seu estudo*. Trabalho inscrito em 14-IX-43 na Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo (comunicação feita na sessão de 14 de janeiro de 1944). Em vias de publicação.

Resumo: O A. discorre sobre o histórico e os princípios gerais sobre os quais se assenta o método e ainda faz referência a certas observações e inovações próprias, entremeando o trabalho com a lição dos psicólogos e psiquiatras de maior renome e apoiando-se, outrossim, na fina observação psicológica dos gênios da literatura mundial. Desenhos demonstrativos acompanham o estudo do A.

- 9) BRUNO, ANTÔNIO MIGUEL LEÃO. — *O "movimento Rorschach" no Brasil*. Trabalho inscrito em 17-XII-43 na Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo (comunicação feita na sessão de 14 de janeiro de 1944). Em vias de publicação nos "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia".

Resumo: Escreve o A. que as contribuições estrangeiras sobre o Psicodiagnóstico de Rorschach são conhecidíssimas, mas, o mesmo não sucede com as produções brasileiras, as quais, se quantitativamente não são notáveis, notáveis o são, contudo, qualitativamente, bem merecendo, portanto, ser apreciadas pelos psicólogos, psiquiatras, criminologistas e médicos legistas de toda a parte.

Salienta o A. que o método de Rorschach, como todo processo de investigação científica é passível de aperfeiçoamentos, quer no que toca à terminologia, quer no que diz respeito à própria técnica.

(*) CÓDIGO PENAL BRASILEIRO DE 1940:

Art. 217 — Seduzir mulher virgem, menor de dezoito e maior de quatorze, e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança:

Pena — Reclusão, de dois a quatro anos.

Art. 226 — A pena é aumentada de quarta parte:

II — se o agente é ascendente, pai adotivo, padrasto, irmão, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela;

(Nota: O crime em questão foi praticado por um irmão da paciente).

"Ora, pondera o A., tratando-se de um teste que mereceu, e justificadamente, as simpatias dos luzeiros da psicologia e da psiquiatria, e, por outro lado, sendo numerosas as modificações que, paulatinamente, vão sendo aconselhadas pelos entendidos no assunto, — imprescindível é, para o aperfeiçoamento desse magnífico instrumento de pesquisa, que tôdas as sugestões aventadas sejam convenientemente estudadas e, se o merecerem, aplicadas como foram recomendadas ou, mesmo, modificadas consoante a prática cada vez mais apurada o aconselhar".

Daí a necessidade que sejam também divulgados todos os trabalhos brasileiros sobre o assunto. E' o que tenta fazer o A. no presente estudo, discorrendo sobre o movimento *Rorschach* no Brasil e organizando a bibliografia brasileira referente ao psicodiagnóstico de Rorschach.

Cogitava primeiramente o A. publicar essa bibliografia com os vagares que tais estudos requerem. Mas um amável convite fê-lo apressar essa concatenação. Eis o que diz o A., a respeito:

"Tínhamos, para nosso uso particular, uma bibliografia nacional — pequenina é verdade, mas já satisfatória.

"Um fato, altamente honroso para nós, fez com que procurássemos completá-la: o preclaro diretor do *Rorschach Institut*, professor Bruno Klopfer, por intermédio de um distinto patricio nosso, Sr. Dr. Décio de Souza, digno assistente daquele mestre da *Columbia University*, agradecendo a remessa de dous trabalhos nossos que versam sobre o psicodiagnóstico de Rorschach (*Psicograma de Rorschach. Ficha para seu registo e Psicodiagnóstico de Rorschach. Padronização das classificações das respostas segundo a natureza do conteúdo*: Vide — *Bibliografia Brasileira referente ao Psicodiagnóstico de Rorschach*, Ns. 4 e 5) e os quais mereceram a bondosa qualificação de "bem elaborados", — pediu-nos, ao lado de outros informes, a bibliografia brasileira sobre o assunto.

"Com êsse cativante encargo, pusemos mãos à obra".

O A. dá os motivos que, a seu ver, deverão excusá-lo das lacunas que porventura a sua contribuição encerre.

Na bibliografia organizada pelo A. figuram 25 obras nacionais.

Nesse trabalho propugna, ainda, o Autor, a exemplo do que foi feito nos Estados Unidos da América do Norte, a fundação do *Instituto Rorschach do Brasil* e da *Revista Rorschach Brasileira*.

- 10) GINSBERG, ANIELA MEYER. — *Algumas inovações ao método de Rorschach e os primeiros resultados obtidos com esta técnica. "Arquivos da Polícia Civil"*. São Paulo, IV: 307-322, '42.

Resumo: A A. trata do método psicológico de Rorschach e julga-o de incalculável valor no estudo da personalidade humana. Acha, porém, que é de difícil avaliação e que dá margem a interpretação subjetiva, propondo, como fez Beck nos Estados Unidos, bases mais objetivas, fundadas em investigações praticadas em nosso meio (São Paulo — Brasil).

O método usado foi o de apresentar, após o exame, pelo paciente, de 10 pranchas de Rorschach, folhas com desenhos esquemáticos da mesma dimensão que os da tabela, pedindo-lhe que desenhasse sobre essas folhas o lugar em que havia visto os objetos mencionados. O examinador lia, então, as respostas e o examinando anotava os limites nos quais se achava tal ou qual figura.

Após apresentar os resultados preliminares obtidos com o exame de 50 indivíduos, a A. expõe o seu ponto de vista de que é necessário criar normas válidas em nosso meio, as quais devem formar base objetiva de avaliação para as respostas ao teste de Rorschach.

- 11) LOPES, JOSÉ LEME. — *O Psicodiagnóstico de Rorschach na consulta médico-psicológica*. "Boletim do Instituto de Puericultura". Rio de Janeiro (Brasil), I (1): 63-94, '38.

Resumo: O A., inicialmente, frisa nesse trabalho que a "tarefa que o consultório médico-psicológico impõe ao pedagogo terapeuta é complexa e difícil. Num prazo relativamente curto, ele deve compreender a situação global da criança a examinar, considerando-a sob os múltiplos aspectos somático, fisiológico, psicológico, caracterológico e social, incluindo-se nessa última rubrica as diversas inter-relações estabelecidas entre o meio e a individualidade que se investiga. Para a execução desse vasto programa os recursos são relativamente precários".

Mas, escreve adiante, que a prova psicológica de Hermann Rorschach veio preencher a deficiência apontada.

"Todos os pesquisadores são unânimes em gabar sua excelência e no terreno particular da psiquiatria infantil os primeiros ensaios de Behn-Eschenburg e Löpfe foram seguidos dos trabalhos de Juarros e Soriano, Loosli Usteri, Dubitscher, Beck, Pfister, Schneider, Struve e Zulliger, todos concordes em afirmar as vantagens do instrumento de trabalho, com que Rorschach enriqueceu a técnica da pedagogia terapêutica".

Eis o *resumo* que se encontra no final dessa contribuição:

"1) O A. aplicou, no Centro de Eufrenia do Instituto de Puericultura e no Laboratório de Biologia Infantil do Juízo de Menores do Distrito Federal, a 120 crianças e adolescentes, de 9 a 20 anos, 101 meninos e 19 meninas, o psicodiagnóstico de Rorschach.

2) O número total de respostas variou entre 9 e 61, com uma média aritmética de 21,77 e um desvio padrão de 9,05. Dez casos recusaram interpretar um cartão, quatro dois cartões, um três cartões e dois quatro cartões.

3) A duração da pesquisa oscilou entre 7 e 35 minutos.

Média: 17,55. Desvio padrão: 6,55.

4) As respostas globais foram em número diminuto. Variaram de 0 a 15. Média: 4,39. Desvio: 2,23.

5) As respostas de movimento mostraram-se ainda mais raras. Variação entre 0 e 7. Média: 1,48. Desvio padrão: 1,41. Trinta e quatro casos não produziram esse tipo de interpretação.

6) A porcentagem de formas bem vistas manteve-se num nível discreto. Vacilou entre 14 e 100 %. Média: 65,80 %. Desvio padrão 15,23. São discutidos os casos que só forneceram respostas de formas bem vistas.

7) A porcentagem de respostas de forma animal foi relativamente elevada. Variou entre 0 e 86 %. Média: 52,81 %. Desvio padrão: 14,76.

8) Como se verificam das médias de G, M, F % e A %, há uma grande porcentagem de débeis mentais no presente material. A determinação do quociente intelectual de acordo com a escala de Binet-Terman, forneceu em 62 casos um Q.I. médio igual 61,36, com o desvio padrão de 14,76.

9) O tipo de vivência predominante é o introversivo (40 % dos casos). Há uma grande porcentagem de tipos coartados e coartativos, portanto de personalidades com graves desordens afetivas.

10) O A. comunica por extenso o psicodiagnóstico de um interessante caso de distímia reacional da puberdade, acompanhada de pe-

quenas anomalias de conduta no qual o psicograma facilitou extraordinariamente a ação do ortofrenista, para mostrar como o método de Rorschach é um excelente auxiliar na consulta médico-psicológica”.

- 12) LOPES JOSÉ LEME. — O “test” de Rorschach na caracterização da personalidade, “in” *“Arquivos Brasileiros de Higiene Mental”*, Ano VIII — (Ns. 1 - 2 - 3), jan. — set. '35.
- 13) LOPES, JOSÉ LEME. — Dêste Autor se encontra, ainda, uma síntese do método e das relações da tipologia de Rorschach com a tipologia de Kretschmer na 4.ª Parte (*A concepção de Rorschach*) do Cap. 8.º do *Tratado de Biotipologia e Patologia Constitucional* de W. Berardinelli, IV.ª ed.: 236-237, '42.
- 14) PACHECO E SILVA, PROF. A. C. — *Psicodiagnóstico de Rorschach*, n.º 15 do capítulo “*A psicologia Experimental e Jurídica*” do livro dêste A. “*Psiquiatria Clínica e Forense*”, Cia. Ed. Nac. (109-110), '40.
- 15) PACHECO E SILVA, PROF. A. C. — *Contribuição da Psiquiatria para o esclarecimento dos problemas criminológicos* “in” *Estudos Penitenciários*, Imprensa Oficial do Estado, 167-177, São Paulo, '43.

Resumo: Trata-se de uma das conferências realizadas na Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo por iniciativa da Secretaria da Justiça e Negócios do Interior em colaboração com o Conselho Penitenciário do Estado.

Entre os meios e processos que visam investigar, de uma forma tão precisa quanto possível, as faculdades intelectuais, afetivas e morais de um determinado indivíduo, cita o Prof. Pacheco e Silva a prova psicodiagnóstica de Rorschach que, consoante vários autores, pode fornecer interessantes aplicações no campo da criminologia, como o demonstram as valiosas conclusões a que chegou o Prof. Júlio Endara.

- 16) QUEIROZ, CARLOTA PEREIRA DE. — *Estudos sobre o “test” de Rorschach*. Comunicação à “Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo” (Trabalho anunciado “in” *Movimento Associativo* de “*O Estado de São Paulo*” de 1 de agosto de 1943, p. 4).
- 17) RIBAS, J. CARVALHAL. — *Psicodiagnóstico de Rorschach*, “in” *“Revista Clínica de S. Paulo”*. São Paulo, XI (2): 31-34, '42.
- 18) SILVEIRA, ANIBAL. — *Contribuição para os símbolos e o protocolo no método de Rorschach*. Comunicação feita à secção de Neuropsiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 5 de outubro de 1943.

- 19) VEIT, ROBERTO. — O “test” de Rorschach (novo “test” de alto valor diagnóstico para a psicologia e psiquiatria). Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina na reunião de 5 de abril de 1934, Ref. “Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo”. São Paulo, I (1): 109, out. '34.

Resumo: A síntese dessa comunicação, publicada na referida revista, é a seguinte:

“O Dr. Roberto Veit tratou do test de Rorschach, psiquiatra suíço, falecido em 1922, cujo valor propedêutico ainda se encontra pouco conhecido. Começou mostrando compor-se o test de uma série de figuras, pretas ou coradas, indeterminadas e cuidadosamente escolhidas e que originam no paciente representação e interpretações obedecendo a leis de correlação bem estudadas. Assim é possível analisar globalmente estruturas psíquicas com uma grande perfeição não atingida por processos semelhantes.

Em seguida foram abordadas a aplicabilidade e as vantagens do test em psiquiatria, psicologia e psicotécnica, mencionando o autor as suas próprias experiências pelas quais se evidencia especialmente a grande importância do método na terapêutica das neuroses e nos trabalhos de pericia médico legal.

Concluiu por afirmar que a psicologia possui no experimento psicodiagnóstico de Rorschach uma verdadeira escala médico-psíquica”.

- 20) VEIT, ROBERTO. — Do valor diagnóstico do “test” de Rorschach, in “Atas do 1.º Congresso Paulista de Psicologia, Neurologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Identificação, Medicina Legal e Criminologia”, S. Paulo (Brasil): 75-80, '38.

Resumo: “O A. trata das experiências realizadas por êle mesmo, há já dez anos, com o “test” psicodiagnóstico do psiquiatra suíço H. Rorschach. Depois de descrever, em linhas gerais, as propriedades psicológicas e o emprego do “test”, salienta a grande importância deste meio de diagnóstico em psicologia, psiquiatria e psicotécnica. Em psicologia o “test” desempenha um papel essencial nas pesquisas comparativas e no estudo da estrutura dos caracteres individuais; em psiquiatria facilita o diagnóstico em casos de doenças mentais, abreviando o tempo de observação; na psicopatologia dos menores, constitui um método absolutamente imparcial de exame da inteligência, independente da instrução escolar e do meio social, e, finalmente, em psicotécnica, permite uma avaliação rápida de muitas qualidades que influem sobre a seleção profissional. Em geral, o “test” dá sempre um quadro total da personalidade examinada, permitindo reconhecer sempre o “seu” tipo de vivência, enquanto que todos os outros “tests” psicológicos somente revelam facetas artificialmente isoladas. O relator não nega a existência de certas dificuldades no emprego deste “test” que justamente se explicam pela sua própria complexidade, dificuldades estas aliás insignificantes, quando se consideram as grandes vantagens oferecidas por este poderoso meio de investigação psicológica”.

- 21) WHITAKER, EDMUR DE AGUIAR. — O caráter e a orientação profissional Testes de caráter. Revista I.D.O.R.T. São Paulo — Brasil. Ano III (34): 226-228, out. '34.

Resumo: O autor considera a grande importância do estudo do caráter para a seleção profissional. Refere-se aos vários métodos utilizados com êsse intuito.

No que diz respeito aos testes, cita e descreve, entre outras, a prova de Rorschach.

22) WHITAKER, EDMUR DE AGUIAR. — *O exame do caráter em Psiquiatria*, in "*Publicações Médicas*", VI (6): 3-11, jan. '35.

Resumo: O autor considera a grande importância do estudo do caráter para o diagnóstico psiquiátrico. Refere-se aos vários métodos utilizados com êste intuito: a) um método psiquiátrico simplesmente clínico; b) a designação pelos mestres, chefes, etc. das diversas reações individuais que permitam um juízo a respeito; c) o método dos *tests* afetivos. Neste domínio, diz o A., os psicólogos acham-se em plena fase de pesquisa.

Uma série de *tests* é apresentada como plano de trabalho e de maneira sucinta. Entre êsses *tests* figura o psicodiagnóstico de Rorschach, sobre o qual diz o escritor de que tratamos:

"Relativamente ao valor desta prova, em geral os autores são unânimes em atribuir-lhes grande importância como meio de investigação da personalidade normal e patológica.

"No terreno normal, oferece possibilidades de visualização artística em crianças e adultos. Constitue um conveniente recurso para a pesquisa da estabilidade do espírito, cujo valor vem expresso diretamente pelo *índice de estabilidade* (porcentagem de interpretações repetidas em um segundo exame efetuado ao cabo de 15 dias).

"Em suma, trata-se de um método menos exato do que os métodos usuais da psicologia experimental; facilita, entretanto, o conhecimento mais largo e profundo da estrutura psíquica da personalidade (KRETSCHMER)".

23) WHITAKER, EDMUR DE AGUIAR. — *O valor do "test" psicológico de Rorschach para a orientação profissional*: S. Paulo, Revista "I.D.O.R.T.", São Paulo, 101-103, maio '35.

Resumo: O A. considera a importância, para a sociedade e para o indivíduo, da orientação profissional. Refere-se, entretanto, ao seu escasso valor quando executada de acordo com os métodos primitivos; por isso, procurou-se melhorá-la, exigindo dos conselheiros vocacionais um conhecimento mais amplo de todos os elementos condicionadores do êxito nas diversas profissões e solicitando a colaboração direta do psicólogo, do médico e outros especialistas eventuais para que, unida à mais freqüente prestada pelo Mestre e familiares, possa assegurar-se um valor positivo ao conselho vocacional.

O emprêgo dos *tests* de inteligência geral (abstrata e prática) e dos *tests* de aptidões especiais (mecânica, manual, etc.) constitui apenas um dos aspectos ou característicos dos novos métodos de orientação; demasiada importância tem sido concedida ao seu valor, pois, na realidade, ainda que constituam valiosos elementos em todo o conselho devidamente orientado, são de aplicação limitada quando não completados por outros *itens*, principalmente o estudo do caráter.

Passando, em seguida, ao terreno prático, apresenta um método de investigações caracterológicas, ainda pouco empregado em nosso meio, cujo manejo judicioso, de acordo com princípios anteriormente formulados, pode fornecer preciosas informações do ponto de vista da orientação profissional.

Trata-se do "psicodiagnóstico" de Rorschach, *test* genial permitindo atingir a estrutura complexa da personalidade. Descreve o material, a técnica do emprêgo, o modo de interpretar os resultados.

Em orientação profissional, ao formular as condições caracterológicas do indivíduo, o método revela, esclarece e precisa inúmeras faces do problema, devendo ser aplicado sempre que haja dúvidas a respeito e sempre que seja necessário um exame bastante aprofundado da personalidade, do duplo ponto de vista psicológico e médico.

- 24) WHITAKER, EDMUR DE AGUIAR. — *As aplicações do "test" psicológico de Rorschach em psicologia forense. Generalidades sobre o método.* Resumo publicado nos "*Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo*". S. Paulo, VI (2): 62-63, maio-agosto de 1935.

Resumo: Eis, a respeito d'oste trabalho, a referência existente na revista *supra*:

"O autor referiu-se a um método de investigação da personalidade normal e patológica, o psicodiagnóstico de H. Rorschach, "test" sintético suscetível de objetivar a estrutura complexa mental do indivíduo e cujas aplicações são numerosas em caracterologia, psicologia, pedagogia, psicotécnica, genealogia, psicopatologia e psicanálise. Esboçou a história do método, descreveu o material, a técnica de emprêgo, o modo de interpretar os resultados. Cogitou da sua importância em psicopatologia forense. Dêste ponto de vista é particularmente útil para o diagnóstico das lesões orgânicas, da histeria e da simulação, além das aplicações ao diagnóstico psiquiátrico em geral. Vários casos clínicos foram objeto de considerações, sendo projetados diversos quadros demonstrativos".

- 25) WHITAKER, EDMUR DE AGUIAR. — *As aplicações clínicas do "test" psicológico de Rorschach.* "*Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*". São Paulo, I (4): 447-454, julho-dezembro '35.

Resumo: Na revista acima o trabalho do A. vem acompanhado do seguinte resumo:

"Tendo em vista as aplicações clínicas do *test* psicológico de Rorschach, o A. descreve brevemente o material, a técnica de emprêgo e o modo de interpretar os resultados.

No domínio da psicopatologia, ainda que de grande utilidade em outros setores (psicologia, pedagogia, psicotécnica, genealogia), o *test* de Rorschach presta valiosos serviços, desde que se considere como um método auxiliar destinado a completar o exame clínico.

Pelo fato de possibilitar não somente distinguir as psicoses das neuroses e das psicopatias constitucionais, como ainda definir-lhes a forma e os matizes especiais, constitui um complemento necessário do exame nos casos de diagnóstico duvidoso.

O A. refere-se sucintamente ao modo por que os psicópatas, esquizofrênicos, maniacos e melancólicos, etc., reagem à prova.

O *test*, ainda, é útil para o estudo da evolução, do prognóstico, para a orientação terapêutica e verificação dos resultados de certos tratamentos psiquiátricos (malarioterapia na paralisia geral, castração em certas psicopatias sexuais, psicoterapia nas neuroses, etc.); Também o é em psicanálise, quer para o diagnóstico, quer para o tratamento".

a EDITORA ANCHIETA
RUA XAVIER DE TOLEDO, 216 — SÃO PAULO

comunica que está lançando

"OS SERMÕES" do Pe. VIEIRA
em reedição fotográfica da edição "PRINCEPS" de 1679

DEXTROSOL

(Glucose -d)



EM PEDIATRIA
CLINICA MEDICA
CIRURGIA

*Glucose é a principal
fonte de energia*

REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA, 2972
SÃO PAULO

CAIXA, 3421
RIO DE JANEIRO

DR. SYLVIO COSTA BOOCK
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,
EM 4 DE JUNHO DE 1943

Presidente: Dr. Mauro Pereira Barreto

Sôbre o encontro de formas exoeritrocíticas do plasmodium juxtannucleare (Nota prévia) — Dr. Mauro Pereira Barreto — Autopsiando cinco pintos infectados pelo *Plasmodium juxtannucleare*, sacrificados em diferentes fases da infecção, encontrei raras formas apigmentadas em células endoteliaes de capilares cerebrais de dois dêles. O primeiro pinto foi autopsiado durante a primeira recada, cêrca de dois neses após a inoculação. O segundo foi autopsiado durante a fase final do ata-

que primário, cêrca de um mês após a inoculação.

Pesquisas extensivas de formas exoeritrocíticas no fígado, baço, médula óssea e pulmões, deram resultados negativos.

Investigações sôbre a ação de algumas novas sulfonas na malária aviária — Prof. Samuel Pessoa e dr. Mauro Pereira Barreto — Usando o método de Roel em canários infectados pelo *P. catemerium*, experimnetámos os seguintes compostos sulfônicos:

- 1) 4-Nitro-4'-acetilamino-difenilsulfona.
- 2) 4-Nitro-4'-amino-difenilsulfona.
- 3) Sal sódico do ácido difenilsulfon-4-Nitro-4'-azosalicílico.
- 4) Sal sódico da 4-Nitro-4'-carboxipropionamido-difenilsulfona.
- 5) 4-Nitro-4'-propionilamino-difenilsulfona.
- 6) 4-Nitro-4'-carboxiacrilamido-difenilsulfona.



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL. 4-6462

Hormohepatino MasculinoSoro Hormônico Masculino
ativado com extratos hepáticos**Hormohepatino Feminino**Soro Hormônico Feminino
ativado com extratos hepáticos

Indicado nas insuficiências hepáticas, intoxicações, cirrose alcoólica, morfínismo, psicoses e perturbações nervosas. É indicado também nos casos de diabeta hepático, nas múltiplas e várias manifestações do artrismo. — Dose: Uma ampola diariamente (INTRAMUSCULAR)

- 7) 4-Nitro-4'-carboxibenzoilamino-difenilsulfona.
- 8) 4-Nitro-4'-butirrilamino-difenilsulfona.
- 9) 4-Nitro-4'-benzoilamino-difenilsulfona.
- 10) 4-Nitro-4'-valerianamino-difenilsulfona.
- 11) 4-Nitro-4'-formilamino-difenilsulfona.
- 12) 4-Nitro-4'-tourein-difenilsulfona.
- 13) 4-Nitro-4'-diaminofenilazo-direnilsulfona.

Os resultados obtidos evidenciam que êles são desprovidos de ação plasmódica.

Comentários: — Prof. Quintino Mingoja. — Agradeço as referências amáveis do dr. Mauro Pereira Barreto à minha colaboração no presente trabalho. Quero frisar apenas que o fenómeno de diferenciação entre as ações da suspensão aquosa e as suspensões oleosas, já foi verificado em outras condições experimentais. Assim sendo, foi verificado que o sulfatiazol em uma determinada dose x, em solução aquosa, era inativo, mas, com suspensão oleosa, em virtude de sua absorção lenta, pode-se conseguir a cura com o emprego de doses bastante elevadas, que administradas de uma só vez, seriam intensamente tóxicas. Nas presentes experiências feitas pelo dr. Pereira Barreto e pelo prof. Samuel Pessoa, eu, a priori, suspendi o emprego de soluções oleosas, porque o prof. Pessoa me afirmou que o seu uso não é viável nos canários. As novas sulfonas por mim preparadas, têm uma toxidez mínima, e animais de laboratório têm suportado doses de 5 gramas por kilo de peso sem nenhum acidente tóxico. Portanto, ante tal inocuidade, podemos ter o direito de esperar que doses maiores, possam dar melhores resultados dos que têm sido obtidos até então.

Dr Mauro Pereira Barreto: — A administração de soluções oleosas, é possível em galinhas e frangos, infectados pelo *P. gallinaceum*. Neste caso, em vez de se usar o método profilático, pode-se usar o método terapêutico, com doses fracionadas de suspensões oleosas. Dêsse modo conseguir-se-á, manter um nível de medicamento alto

e constante no sangue, o que condiciona melhor ação no organismo. Investigações posteriores que pretendemos fazer, talvez ilucidarão este ponto de vista.

Sobre anomalias dos ovos de anopheles albitarsis (Diptera Culicidae) — Drs. A. L. Airosa Galvão, e Sílvia Grieco. — Descrevemos anomalias nos ovos de *A. albitarsis domesticus* em oviposições polimorfas, que se caracterizam pela ausência de ambos os rebordos terminais, havendo poucos exemplares com a forma típica da espécie. Tal aspecto é idêntico ao dos ovos de *A. strodei* "tipo 2 anômalos", descrito por Galvão em 1938, êles diferindo entretanto, por não apresentarem as elevações ovaladas e prateadas do exocorion, mas sim pelo esboço de mosaico, observável nos ovos recém-postos de *A. albitarsis domesticus*.

Este material foi obtido de fêmea nascida de ovoposição de anofelinos capturados em domicílio da Baixada do Distrito Federal, e enviados por gentileza do dr. J. O. Coutinho, do Serviço Nacional de Malária.

Chamamos a atenção para o valor deste encontro, uma vez que a morfologia dos ovos é um bom elemento, conjugado com outros dados, para o diagnóstico das espécies de anofelinos. Assim, é necessário que as oviposições sejam normais para que tais elementos tenham valor, principalmente em se tratando de ovos colhidos nos criadouros.

Nota sistemática sobre "Anopheles (N.) Rondoni" — descrição do ovo (Diptera, Culicidae) — Drs. Renato R. Corrêa e Alberto S. Ramos: — Encontramos muita semelhança entre todos os estados evolutivos do *Anopheles rondoni* e *Anopheles strodei* o mesmo acontecendo com a terminália do macho, sendo que, entretanto, notamos em *rondoni* a ausência de pequenos pêlos nos lobos dorsais da pinceta, fato esse já anteriormente observado pelo dr. Ayroza Galvão.

Para a larva, Davis observou que os tufo protorácicos, submedianos internos apresentavam 11 a 12 folíolos. Realmente, em material que foi gentilmente cedido pelo dr. José Aluisio B. da Fonseca, e oriunda de Avanhandava pudemos em vários exemplares contar esse número de folíolos. Outros entretanto possuíam esses folíolos em número de 15 a 17, como em *strodei*.

Ovos — Por julgarmos ainda não conhecido da ciência o ovo de *rondoni*, fazemos aqui a descrição do mesmo. O ovo de *rondoni* é idêntico ao de *strodei* tipo II de Ayroza Galvão e que corresponde à subespécie *artigasi* ou *arthuri* de Ovidio Unti.

Ostenta na sua face dorsal 2 flutuadores com 11 a 14 gomos e com comprimento que oscila entre 163,2 a 186,5 micra. Apresenta um rebordo cefálico que mede de 151,5 a 163,2 micra e outro caudal com 104,9 a 116,6 micra. Ambos os rebordos são envoltos por um pequeno colarinho esbranquiçado que parece mais nítido do que se nota no *strodei* tipo II. O exocóron da porção ventral apresenta elevações granuladas como a maioria dos ovos de *Nyssorhynchus*. O comprimento total do ovo varia entre 454,7 a 478,6 micra e a maior largura entre 116,6 e 139,9 micra.

Os ovos estudados na presente nota foram obtidos de fêmeas capturadas em Avanhandava e Pin-dorama.

Descrição de uma nova subespécie do subgênero "Anopheles" (Diptera, Culicidae) — Dr. Renato R. Corrêa: — De há muito venho trabalhando, em Guarujá, Ilha de Santo Amaro, com a espécie *Anopheles eiseni* que aí ocorre, e vinha suspeitando que se tratasse de, pelo menos, uma raça geográfica diversa da que ocorre na Guatemala, localidade típica, e imediações, estribado principalmente em diferenciações de ordem biológica. De fato, em recente nota tive ocasião de ressaltar o estranho comportamento desse anofelino, em Guarujá, o qual, embora sendo muito abundante nos criadouros, não comparece nas capturas de alados, mesmo quando as diversas iscas são postadas na periferia dos focos, conendo inúmeras larvas. Friso que, em Guatemala, ele deve possuir hábitos no tocante aos adultos, muito diferentes, pois que é até considerado por Herrera como vetor de malária nesse país.

A aquisição de recente bibliografia em parte oriunda do México e gentilmente a mim cedida pelo Dr. Ayroza Galvão, e, por outro lado, diretamente remetida pelo dr. W. H. W. Komp, veio tornar possível encontrar diferenças não só em diversos estádios evolutivos como na terminália do macho.

Discussão: — Ovo: — O ovo do *eiseni* do Guarujá difere do do México descrito por Luiz Vargas, por apresentar desenhos losangulares no excóron, ao contrário daquele que possui o excóron liso e algumas formações granuladas em ambos os polos do ovo.

Larva: — A larva difere por apresentar as cerdas longas laterais do abdomen (n.º 6 Martini) no 4.º e 5.º segmentos abdominais biramificadas como em *antunesi* ao contrário das do *eiseni* da Região Caríbea, que, segundo Komp, são longas e simples.

Pupa: — Infelizmente não pude fazer o estudo comparativo por

não ter podido obter descrição ou material da zona típica.

Adultos: — Baseado na descrição de outros autores, não encontrei diferenças sensíveis para o material de Guarujá.

Terminália do macho: — A descrição de Komp para a terminália do macho de *eiseni* da Região Caribea coincide com a do Guarujá, entretanto, examinando o material de terminália de macho de Costa Rica que me foi ofertado pelo dr. Mauro Pereira Barreto tive ocasião de notar algumas diferenças para o lado do lobo anal e 9.º tergito.

Baseado nas diferenciações morfológicas observadas no ovo e na larva do *eiseni*, de Guarujá, e até que possa fazer um estudo comparativo com o material macho típico que se encontra no Museu Nacional dos Estados Unidos sob o número 6.690, resolvi considerar o *eiseni*, de Guarujá, como subespécie para a qual propus o nome de *Anopheles (Anopheles) enseni* subsp. *geometricus* n. subsp.

Comentários. — Prof. Samuel Pessoa: — De que localidade foi descrita a espécie *eiseni*?

Dr. Renato Corrêa: — Esta espécie descrita foi de Guatemala, da região altiplana.

Dr. Mauro Pereira Barreto: — Quando estive nos Estados Unidos, tive a oportunidade de examinar uma coleção de Anofelinos do dr. Boyd. Nesta ocasião estudei um exemplar de *eiseni* que apresentava, parece-me, certas diferenças. Montando a terminália, o exemplar apresentava, no lobo dorsal, dois grupos de duas cerdas, as invés de um grupo de 3 e outra isolada. Este material era proveniente do Panamá. Pergunto agora: trata-se da mesma espécie *eiseni* ou se trata de uma espécie diferente? E, tratando-se de *eiseni*, será o tipo encontrado no museu de Washington, igual, morfologicamente, ao que referiu o dr. Renato Corrêa, ou será igual ao material que eu examinei? E' campo aberto para estudos.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE JUNHO

Presidente: Prof. Eurico da Silva Bastos

Apresentação do transfusor "Ruyfar" — Dr. Ruy Faria: —

Tive oportunidade de construir um aparelho para a transfusão direta de sangue não-modificado, o qual denominei "Ruyfar" (marca registrada). Consta o aparelho de um pequeno bloco de bronze, pesando cerca de 300 g., lapidado, cromado, e com quatro pésinhos do mesmo metal. O bloco de bronze forma o corpo do aparelho e lhe dá, pelo seu peso adequado, tódia a estabilidade. Esse bloco é atravessado, na sua face ântero-superior, por uma câmara interna, de aço inoxidável, à qual vêm ter, lateralmente, duas tubuluras, também de aço inoxidável que nela se atarraxam, na intimidade mesma do aparelho. A câmara interna aludida serve para um êmbolo, de 44)

aço inoxidável, com o formato ligeiramente cônico, como uma torneira de laboratório, provido de uma seta diretora na sua parte externa e superior. Esse êmbolo é perfurado por um canal central que se termina, em baixo, por um orifício lateral. A posição dêsse orifício, com o aparelho em funcionamento, é dada a qualquer momento pela seta diretora. O canal central do êmbolo é dilatado, em um segmento de tubo de paredes espessas, cortado com um centímetro de comprimento e introduzido na referida dilatação. A função dêsse intermediário de borracha é fixar o bico de uma seringa comum, de 5 cm³, que se deve usar com o aparelho. Essa fixação é perfeitamente estanque ao ar e ao sangue e constitui também um

excelente amortecedor de choques, dando uma considerável duração à seringa. O bloco de bronze do aparelho é atravessado, em seu lado direito, por um parafuso que o perfura lateralmente, até atingir a câmara interna. A ponta desse parafuso, quando bem apertado, penetra num sulco circular existente no êmbolo, de aço inoxidável, impedindo assim sua saída, sem obstar entretanto aos seus movimentos de rotação. Esses movimentos de rotação são de 90 graus e limitados pela seta diretora, que se desloca numa depressão da face ântero-superior do bloco de bronze, chocando-se lateralmente com os ressaltos da dita depressão. Os movimentos do êmbolo do aparelho são acionados pela própria seringa hipodérmica e se fazem com a maior suavidade, sem nenhum atrito, dada a sua perfeita calibração com a câmara interna do aparelho. Essa câmara, o êmbolo e a própria seringa, quando ajustados, formam um ângulo de 45 graus, detalhe esse que foi intencional e cuidadosamente estudado, por ser essa a posição ideal no espaço, para uma seringa de transfusão direta de sangue não-modificado. As tubuluras do aparelho estão orientadas para os lados, para cima e para trás, condições também ideais para não forçar as borrachinhas que nelas se adaptam e que vão ter às respectivas agulhas, do doador e do receptor. É indiferente a posição destes últimos em relação ao aparelho. A aspiração do sangue se fará sempre com a seta diretora apontando para o lado do doador, e a propulsão, para o lado oposto. O aparelho é de absoluta simplicidade de construção, limpeza, esterilização e manejo, de sorte que nenhum mecanismo automático foi idealizado para impedir a transfusão retrógrada, isto é, do receptor para o doador, imperícia sumamente grave, comparável ao esquecimento de compressas ou agulhas dentro de um campo operatório, contra o qual também ainda não foram idealizados mecanis-

mos automáticos. A fixação do aparelho é completada, além do seu próprio peso, pelo encaixe de seus quatro pésinhos em quatro pequenos furos de uma prancha de alumínio ou de madeira, articulada, que serve de mesa para a transfusão, unindo os leitos do doador e do receptor. O aparelho, as borrachas e as agulhas, depois de perfeita limpeza externa e interna, são esterilizados por fervura.

As latas que os transportam o são por flambagem e, em seguida, são fechadas com esparadrapo. O material fica, assim, guardado e pronto para o uso em transfusões urgentes. Antes do emprêgo será montado com mãos asseptizadas com álcool, e lubrificado, com óleo de parafina esterilizado. Nas transfusões de menos de 150 cm³ não há necessidade dessa lubrificação, a não ser que se pretenda transfundir muito lentamente, como, por exemplo, nas crianças, na veia jugular externa, no seio venoso longitudinal superior, nos grandes debilitados ou nos levemente hipertensos. Deve-se então, nesses casos especiais, lubrificar previamente, com todo o cuidado, o aparelho, a seringa e as borrachinhas.

O aparelho "Ruyfar" é hoje apresentado, depois de um ano completo de experiências, tendo sido empregado com inteiro êxito, em mais de 300 transfusões, das quais 286 feitas juntamente com o dr. Vasco Ferraz Costa, no Centro de Transfusão de Sangue de São Paulo (C. T. S.) e as demais no Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital Militar de São Paulo (S. T. S. do Exército). Nem uma só reação transfusional imediata (choque transfusional, incompatibilidade sanguínea, "major reaction" dos autores norte-americanos) foi observada. As reações tardias, inespecíficas, benignas ("minor reactions") em número de 14 (4,8 %), quase sempre representadas pelo calafrio ligeiro, seguido de moderada hipertermia, cerca de 40 minutos após a transfusão, foram em percentagem bas-

tante inferior àquelas observadas com o sangue citratado (cerca de 10 % segundo Kilduffe e DeBakey), o que nos dá uma idéia não só da excelência do método da transfusão direta de sangue não-modificado, como também da perfeição do aparelho, que permite, de modo seguro e limpo, a transfusão, feita vinte vezes na apreciável quantidade de 500 cm³, em doentes fortemente expoliados.

O longo tirocinio com o aparelho "Ruyfar" fez com que fôsse abandonado o contador automático adaptável à sua parte posterior, o que dera como resultado complicação e encarecimento do aparelho.

A lata usada para o acondicionamento do aparelho "Ruyfar" e suas borrachinhas, tem a capacidade de 250 cm³, o que é de grande vantagem, porque permite, nos casos em que se tenha de usar a via ósteo-miética (Tocantins, O'Neil, Carmo Russo, Ruy Ferreira Santos), estabilizar previamente o sangue com citrato isotônico (3,8%), colhendo-o do doador com o próprio aparelho, tornando-o incoagulável na latinha, mediante agitação da mesma para perfeita mistura com o citrato, e injetando-o em seguida no receptor, também com o próprio aparelho, com muita lentidão, para evitar a dor ósteo-miética.

Como se vê, o aparelho "Ruyfar" presta-se também para essa modalidade de transfusão, em que o sangue citratado é indispensável, qual seja a transfusão por via intra-ósteo-medular, posta em prática, com inteiro sucesso e preconizada mesmo em certos casos urgentes e de veias difíceis, por Leandro Tocantins.

Em todos os outros casos porém, a transfusão direta de sangue não-modificado se impõe, como o verdadeiro ideal técnico, que se logra facilmente atingir com o aparelho ora apresentado e já sobrejamente comprovado na prática quotidiana.

Confusões lamentáveis têm sido feitas entre o aparelho "Ruyfar" e

o aparelho americano de Kusch, lançado em 1915, e que não foi adotado em nenhum país, nem mesmo nos E. E. U. U., provavelmente por ser aparelho cujo funcionamento depende de uma frágil mola e que por isso não pode merecer confiança quanta à segurança e durabilidade.

Cirurgia da calculose do colédoco — Dr. Piragibe Nogueira: — O A. fez inicialmente considerações sobre a calculose coledociana e suas relações com a calculose vesicular, referindo o aspecto dos cálculos coledocianos e as localizações mais frequentes: As alterações do colédoco, dependentes das perturbações do esvaziamento, produzidas pelos cálculos e da infecção, frequentemente acompanham a litíase.

Insisto na feição clínica da calculose do colédoco da qual faz parte a icterícia somente nos casos de obstrução muito acentuada e chamo a atenção para o comportamento especial que a dor assume quando a calculose do colédoco complica a calculose vesicular. Os processos de examinar o colédoco suspeito no ato cirúrgico, foram revistos. A colangiografia completa mas não substitue ou exclui a palpação, a exploração instrumental e a irrigação. Daí os pormenores da técnica da coledocolitomia e da drenagem do colédoco por sonda de Kehr. A melhoria dos resultados da cirurgia da litíase biliar deve-se, em grande parte, à maior atenção prestada à patologia do colédoco. Documento a ação lesiva da calculose e da infecção coledociana sobre o fígado, os rins e o pâncreas, com casos de obstrução acentuada e duradoura. Finaliza o trabalho, justificando a indicação cirúrgica na litíase do colédoco antes que lesões graves da célula hepática tornem grande o risco de qualquer intervenção.

Comentários: — Dr. Mário Degni: — A palestra de hoje foi de uma grande importância para nós,

pois estamos elaborando uma tese sobre a cirurgia do segmento pancreático do colédoco, tese essa, de fundo anatômico e técnico, na qual descreveremos uma nova técnica para atingir, este segmento do canal colédoco, cirurgicamente. A presente comunicação tem o seu grande valor em ser de cunho eminentemente prático, demonstrando também os conhecimentos imprescindíveis da fisiopatologia do sistema, o que foi muito bem exposto pelo dr. Piragibe. O lado técnico do problema é aquele que tem para nós o principal interesse no presente momento. O cirurgião no momento atual, só conta com meios muito precários para a exploração do referido segmento do canal colédoco, principalmente, no que diz respeito a sua inspeção durante o ato operatório. A este respeito o dr. Piragibe teve frases bastante felizes e mostrou que está a par dos conhecimentos mais modernos, demonstrando de uma maneira bem clara quanto esta cirurgia ainda se ressentia do problema da exploração, afim de saber se naquele segmento existe ou não um cálculo. Uma frase muito feliz do dr. Piragibe, que vem reforçar este nosso ponto de vista, é aquela em que ele afirmou que só se consegue tirar um pequeno cálculo localizado, na ampola por meio de uma duodenotomia. Ora, de acordo com a nova técnica que exporemos, esta manobra pode ser dispensável se bem que ela seja imprescindível até o momento atual. Também frisou o dr. Piragibe, que o uso da colangeografia operatória não consegue substituir eficientemente o método de palpação e outros métodos de investigação. Isto tem uma importância muito grande para nós, pois, baseados na eficiência relativa da colangeografia foi que resolvemos estudar uma nova via cirúrgica para o segmento pancreático do colédoco. E, isto afirmado pelo dr. Piragibe, tem um valor redobrado, pois todos nós reconhecemos nele um conhecedor da coleangografia operatória. Por-

tanto, ficou assentado que a coleangografia operatória não resolve satisfatoriamente o problema, devendo ficar restrita apenas a alguns casos. O sistema de abrir uma brecha no colédoco acima do duodeno e investigar o seu conteúdo por meio de um processo que apresenta defeitos e os seus resultados não são nada seguros. Como conclusão, podemos afirmar que todos os meios tentados até hoje para resolver este problema, não passam de meios precários. Ainda acresce que muitas vezes o cirurgião fica na dúvida se se trata na realidade de um cálculo ou apenas de um espessamento do pâncreas ou mesmo se se trata de um gânglio reno-coledociano.

O nosso trabalho, que modifica todos estes processos de investigação, é baseado em uma publicação fundamental de Clyvitch e Kosintzev. Do ponto de vista cirúrgico, dêsse trabalho, interessamos, no momento, apenas os estudos destes autores sobre a porção retro-pancreática da colédoco. Ora, o cirurgião, quando quer ver o colédoco não executa a manobra clássica de Kocher, porque não tem certeza se o colédoco é sempre retro-pancreático, pois que, muitas vezes, ele é intra-pancreático. A manobra clássica de Kocher pode ser inútil já que o colédoco pode ser intra-pancreático. Entretanto, e aí está o mérito de toda a questão. Clyvitch e Kozintzev, determinaram a existência de um plano, de clíngem o que permite caminhar até ao colédoco sem seccionar o tecido pancreático. É um plano de clivagem natural talvez de ordem mesmo embriológica. Com uma manobra que é bastante simples, consegue-se chegar ao colédoco, em pouco tempo, durante a intervenção. Assim se consegue fazer uma coledocotomia em qualquer altura do colédoco, pesquisando a existência ou não de cálculos. Penso que esta manobra é ideal, dispensando as provas indiretas, pois

que facilita o achado dos cálculos no seu ponto crucial, que é justamente a porção retro-pancreática do colédoco.

Quanto à questão da incisão do colédoco, que o Dr. Piragibe Nogueira disse fazer longitudinalmente, estou de pleno acôrdo. Entretanto nos casos de colédocos muito dilatados, êle diz que a faz transversalmente. Creio que êste ponto de vista deveria ser modificado, e a incisão em qualquer caso deverá ser sempre longitudinal, pois um trabalho de Silveio de Barros e Antônio Cardoso feito nos Laboratórios de Anatomia Descritiva e Anat. Patológica da Faculdade de Medicina de São Paulo, vieram demonstrar que o colédoco é pobre em fibras musculares, mas é riquíssimo em fibras nervosas, de modo que a incisão transversal, iria sectionar estas fibras com os inconvenientes apontados pelo próprio dr. Piragibe Nogueira na sua exposição.

Dr. Eurico da Silva Bastos: — Achei muito interessante algumas ponderações do dr. Piragibe Nogueira. Apenas quero referir que eu não tenho a mesma desilusão com as anastomoses internas. Tenho alguns casos assim operados e todos os doentes passam perfeitamente bem. Em um dos Congressos Paulistas de Cirurgia, apresentei também uma série destes casos, todo com bons resultados.

Ademais só me resta ainda relatar a importância do tema aqui debatido, que despertou o interesse de todos presentes.

Dr. Piragibe Nogueira: — Quero agradecer a todos a atenção que dispensaram ao meu trabalho. Creio que todas as nossas reuniões deveriam ter um cunho eminentemente pessoal, sem envolver demasiada literatura, como aconteceu na noite de hoje e em que todos trouxeram a sua experiência no assunto. Neste sentido desejo focalizar alguns aspectos do comentário do dr. Degni. Assim devo acentuar que não há de minha par-

te, descontentamento com a colangiografia e que eu absolutamente não sou descrente desse processo pelo contrário, tenho em grande apreço a colangeografia mas a considero, entretanto, um meio de pesquisa que deve servir, sempre que possível, de complemento aos outros. Tenho alguma experiência e intensidade de trabalho em cirurgia das vias biliares e desta experiência conclui que a colangiografia é um processo de grande valor, principalmente para o estudo do segmento retropancreático ou intra-pancreático do colédoco.

Quanto à nova técnica de exposição do colédoco retro-pancreático que o dr. Degni pretende apresentar devo dizer que o colédoco, principalmente no segmento relacionado com o pâncreas é difícil de ser atingido e estudado cirurgicamente; assim sendo, faço votos para que a técnica seja viável e não apenas uma técnica de anfiteatro impraticável, quando a moléstia provocou alterações da região ou demasiado laboriosa nos abdomens gordos. Talvez o dr. Degni, quando tiver mais experiência, lhe dê menos valor e passe a apreciar mais a colangiografia. O dr. Degni é estudioso e a sua contribuição será, de qualquer modo, de valor para esta cirurgia, mas, diante do que tenho observado num grande número de casos a referida técnica será inexequível.

Sobre o incisar o colédoco transversal ou longitudinalmente, sempre dei preferência à incisão longitudinal; ante o que acaba de relatar o dr. Degni mesmo nos colédocos muito dilatados, regeitarei a incisão transversal.

Sobre as implantações do colédoco no duodeno, referidas pelo dr. Bastos tenho a dizer que êle argumenta com bons resultados. Devo, entretanto, acentuar que os meus resultados não foram satisfatórios, e que cirurgias de grande experiência são concordes em afirmar que as implantações do colédoco ou do cístico no duodeno e mesmo as derivações internas da

veícula ou do colédoco, quando exequíveis, não proporcionam bons resultados tardios. Tanto é assim que os trabalhos de Mirizzi a respeito das perturbações funcionais do colédoco e a derivação cístico-duodenal que ele pratica, não despertaram o interesse esperado nos

Estados Unidos, onde foram apresentados no penúltimo congresso do Colégio Americano de Cirurgias. É sabido também que, em Buenos Aires, as derivações internas de Mirizzi não contam com a aprovação de destacadas escolas cirúrgicas.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JUNHO

Presidente: Dr. Vicente de Lara

Alguns aspectos da tuberculose infantil — Dr. Clovis Corrêa: — O trabalho foi publicado na integra pela Rev. da Paulista de Medicina, XXIV, 31, janeiro de 1944.

Comentários: — Dr. Vicente Lara: — O dr. Clovis Corrêa, que desfruta de alto e merecido conceito, é um dos tisiólogos da velha guarda. Pertence ao pequeno grupo de clínicos que, há quasi dois decênios, abandonou a medicina geral para fazer da tuberculose terreno, até então apenas devassado, o campo único e absorvente de suas atividades.

Pode-se afirmar que àquela pleiade de nomes ilustres, conhecedores das possibilidades reais do momento em que viviam, e dotados de notável pressentimento do futuro, deve, a tisiologia, a difícil etapa inicial de seu estudo em nosso meio.

Iniciando a sua carreira em Campos do Jordão, onde, trabalhou durante, longos anos transferiu-se, mais tarde, para esta Capital. E aqui, além de suas atividades na clínica civil, exerce, com a visão de autêntico administrador, as altas funções de diretor do "Hospital de Mandaqui" às quais se tem empenhado, de corpo e alma, para dar ao Instituto que dirige uma amplitude compatível com as nossas prementes necessidades.

Tanto lá, em Campos, como cá, na nossa Paulicéia, a sua atuação vem sendo ininterruptamente as-

sinhalada por longa série de magníficos trabalhos e valiosas investigações originais que lhe conferem a firmada autoridade que todos reconhecem.

A demorada e profunda incursão que com tanto brilhantismo acaba de fazer pela tisiologia infantil, adestrando-se pelos problemas mais atuais e, por vezes, contraditórios, dá-nos medida da solidez de sua cultura e do ritmo de seus trabalhos que, jamais, deixou de acompanhar o surto de notável progresso que experimenta a tisiologia em São Paulo.

Pela simplicidade, objetividade e didatismo com que tratou os pontos doutrinários, deu Dr. Clovis Corrêa, à primeira parte de sua conferência uma feição extremamente agradável e sobremaneira proveitosa. Porém, a ela, nada ficou a dever a parte complementar, na qual o orador, preocupando-se mais com os fatos reais do que com as abstrações teóricas, e valendo-se da sua organização e do seu rico arquivo, pôde documentar e ilustrar, de maneira reta e excepcionalmente feliz, os conceitos e idéias expendidos.

A singular diversidade do grande rol de roentgentgramas exibidos — expressão concreta das formas mais diversas típicas e atípicas e dos estágios mais variados da tuberculose da criança — constituiu um elemento informativo preciosíssimo, revelando-nos, de modo eloquente, aquilo, que os livros não costumam revelar.

Por se tratar de uma conferência, a praxe impõe que o Regulamento seja escrupulosamente tomado ao pé da letra, e, por essa razão, nós todos, aqui presentes, sentimo-nos tolhidos de emitir considerações sobre aquilo que, de modo mais particular, nos interessou na modelar conferência que acaba de ser pronunciada.

Mas, pode estar certo, o dr. Clovis Corrêa, que estupenda foi a impressão que nos causou e gratíssimos confessamo-nos por ter-se prontificado, tão gentilmente, em vir colaborar conosco na grata reunião desta noite.

Sobre as chamadas "Becegeites" — Dr. José Rosemberg: —

O trabalho foi publicado na integra pela Revista Paulista de Medicina, XXIV, 22 janeiro de 1944.

Comentarios: — Dr. Vicente Lira — Estudioso, apaixonado e investigador experimentado dos problemas de fisiologia, interessando-se por todos os aspectos da especialização, que cultura com competência e dedicação invulgar, não podia, o dr. José Rosemberg, manter-se indiferente à palpitante questão do B. C. G. que tem sido, aqui e alhures, motivo dos mais vivos debates que chegam, algumas vezes, a ser desabridos e inamistosos.

O seu pendor por este interessante domínio da profilaxia da tuberculose, que a nós, pediatras, tão de perto interessa, não é de hoje nem de ontem. Data do seu tempo de acadêmico em que, com o mesmo entusiasmo e ardor que acabamos de presenciar, acompanhava os trabalhos que, então, começavam a desdobrar-se no Rio de Janeiro, sob a chefia de Arlindo de Assis e Alvimar de Carvalho.

O que empresta indiscutível merecimento ao convidado ilustre, que temos a honra de hospedar, é que ele não só relatou o que os outros fizeram ou vêem fazendo;

contou-nos, também, o que realizou. Só há a lamentar que, por motivos de compreensiva modéstia, não tenha dado aos seus feitos as fortes e acentuadas tonalidades que merecem.

Em sua bela conferência, mais propensa à análise do que à síntese, logrou com raro tato pôr em equação a melindrosa e desidiosa questão da inocuidade do B. C. G., que, ao ver de muitos, encerra maior número de interrogações do que respostas e que ainda não foi passada em julgado.

E' digno de registro que, homens de espírito tão objetivo e dotados de crítica tão atilada, se façam, em nossa terra, pioneiros dessa doutrina e, sem subversões de princípios, exerçam sua propaganda, apontando-a como uma das melhores armas para debelar o flagelo da peste branca, que, há muito, está a exigir uma solução mais imediata e mais consentânea com os nossos foros de nação civilizada.

Cumprindo á risca as disposições dos nossos Estatutos, vejo-me obrigado a sacrificar, em parte, o brilho desta dissertação que, certamente, haveria ganhar pelo imprevisto, ao ter, o conferencista, de esclarecer as considerações ou rebater as objeções que, porventura, levantaria, se ela fôsse submetida à apreciação da Casa.

Talvez, melhor que assim seja! Pois, o que ela, problemáticamente perde pelo imprevisto do debate, ganha pela profundidade e serenidade dos conceitos emitidos. Frequentemente aquilo que sobra prejudica.

Resta-me, portanto, unicamente apresentar ao dr. José Rosemberg os meus agradecimentos pela sua excelente conferência, na qual uma cousa não foi dita por outra, e cujas conclusões tiradas, frutos de amadurecido trabalho, estão de acôrdo com a sua consciência e não com a sua vontade.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA,
EM 17 DE JUNHO

Presidente: Dr. Mário Otoni Rezende

Vacinoterapia e soroterapia em otorrinolaringologia: — Dr. Jorge Fairbanks Barboza. — A vacinoterapia é a conduta terapêutica que permite o aumento das defesas orgânicas contra determinado agente patogênico pela estimulação do organismo com estes agentes atenuados ou mortos.

Na soroterapia já introduzimos num organismo as defesas elaboradas por um outro, isto é, os anticorpos.

Pode-se fazer aplicação focal, perifocal ou telefocal de uma vacina. No primeiro caso, para Besredka ela atuaria por um mecanismo de imunidade local; para outros estariam em jogo as forças gerais de imunidade apenas, agora, polarizadas para o ponto de introdução do do antígeno.

Em Otorrinolaringologia quasi todos os processos infecciosos são mantidos por associações microbianas. Por esta razão deveremos dar preferências às vacinas polivalentes ou, melhor ainda, às autovacinas.

E' preciso prudência na dose das vacinações. Além de um certo limite a quantidade de antígenos não mais estimula a produção de anticorpos. Após a introdução do antígeno segue-se uma fase negativa, cujos efeitos são nefastos ao organismo. A intensidade e extensão desta fase cresce com a quantidade de antígeno introduzida no organismo. Por isto, é sempre prudente iniciarmos com doses fracas a fim de preparar o organismo para receber as mais fortes.

As vacinações encontram vasto campo de aplicação em otorrinolaringologia, tanto na profilaxia (difteria, tétano, coriza meningocócica, etc.) quanto na terapêutica (estafilococis, estreptococis, etc.).

A administração de um soro podem seguir-se acidentes sérios, que o médico, precisa conhecer:

choque anafilático, choque alérgico, caquexia sérica, anafilaxia local, etc. Felizmente dispomos de meios para prevê-los e contorná-los.

As tendências modernas precognizam a administração de soro concentrado e em dose única. As doses repetidas são, cada vez, menos eficazes e mais perigosas.

Os séros têm indicações essencialmente curativas. Entretanto, em alguns casos, podem ser administrados como preventivos (difteria, tétano, gangrena, etc.).

Como curativo são numerosas e felizes as suas indicações em nossa especialidade (difteria, tétano, gangrena, estafilococis, etc.).

Comentários: — Dr. Mário Otoni Rezende. — Ao pedir ao dr. Fairbanks Barbosa para fazer uma conferência sobre este assunto, foram duas as minhas intenções: Primeiro para pôr a Casa a par do que se conhece de mais recente sobre a vacinoterapia e em segundo lugar, para avivar minha memória e a dos colegas, no sentido de se dar atenção ao valor da vacinoterapia, principalmente em tempo de guerra. O soldado moderno parte a guerra só depois de vacinado pelo menos a febre tifóide, a varíola e o tifo exantemático. A vacinoterapia, depois do aparecimento da quimioterapia, parece ter caído em certo desuso, mas acredito que este desuso será causado mais pelo desconhecimento do valor da vacina, do seu modo de ação em determinados casos, e do quanto se pode dela obter, pois é verdade, também, que toda aplicação intempestiva de vacina é nociva aos doentes. Deve-se ter sempre em mente a dose e o tipo de vacina (auto ou heterovacina). Tudo isto entretanto, é um pouco aéreo entre os nossos clínicos.

Quanto à questão da soroterapia, é verdade que já está sendo deslocada pela quimioterapia, só sendo, ainda, respeitada em certos casos, como na difteria, por exemplo, em que a quimioterapia não tem ainda uma eficiência igual à da soroterapia. Esta substituição medicamentosa, em parte é muito boa, pois a soroterapia tem suas

desvantagens (fenômenos alérgicos) que podem causar sérios acidentes. Entretanto, acreditado que também a soroterapia é muito mal aplicada entre nós, pois sabido é que ela só atua dentro de certos limites, relativamente pequenos, não sendo necessárias grandes quantidades.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MAIO

Carências e suas repercussões nos sistemas hematopoiético e nervoso — (Nota prévia) — Drs. Tácito Silveira, Osvaldo Freitas Julião e Michel Abu Jamara. — Estudamos as lesões nervosas que acompanham a anemia perniciosa, clínica e terapêuticamente, ressaltando certos fatos importantes como a regressão parcial dos sinais de lesão dos cordões lateral e posterior, com melhoria da motricidade voluntária e mesmo da sensibilidade profunda em alguns pacientes intensivamente tratados com extratos totais de fígado.

Apresentamos o esquema do trabalho que desenvolvemos, sob o caracter de nota prévia, sobretudo para acentuar a significação dos resultados que estamos colhendo e para ao mesmo tempo, lembrar da possibilidade de coleiha de novas observações com o auxilio dos colegas.

A depuração ureica do sangue na exploração funcional do rim: — Mário Lepolard Antunes. — O trabalho foi publicado na integra pela Revista Paulista de Medicina, XXIV, 37, janeiro de 1944.

Comentários: — Dr. Uzeda Moreira. — Apreciamos muito o trabalho do dr. Antunes a propósito da depuração ureica no sangue, na exploração funcional do rim. Pergunto se o dr. Antunes tem acompanhado os seus casos com a reação xanto proteica, pois esta reação é bastante rápida e seria in-

Presidente: Dr. Ariovaldo Carvalho

teressante saber qual o seu valor, comparado com a prova da depuração ureica.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — Apesar-da grande importância do trabalho, infelizmente, esta reação entrou bem na prática, como era de se esperar, e todos nós nos contentamos apenas com a dosagem da uréia no sangue. No entanto, a prova da depuração ureica, dá resultados muito mais precisos. Há pouco tempo tivemos na enfermaria um individuo portador de uma glomérulo-nefrite focal e um abcesso pulmonar. A taxa de uréia dêsse individuo era normal e também não havia hipertensão. Foi submetido a um tratamento intenso pela sulfanilamidoterapia, que foi muito bem tolerada. Seu estado geral sempre foi muito bom, e é interessante notar que a sua uréia-“clearance” era muito baixa (16%), isto, em várias observações feitas. Trata-se entretanto, de um caso isolado, que, por si só, não invalida o valor da prova, mas não resta dúvida, que houve uma evidente desarmonia.

Dr. Mário Lepolard Antunes. — Ao dr. Uzeda Moreira devo responder que estou estudando a depuração ureica do sangue comparativamente com outras reações, inclusive com a reação xantoproteico. Temos obtido, nos casos observados, maiores esclarecimentos com a depuração ureica.

Ao dr. Ariovaldo Carvalho, no caso por ele citado, desde que fo-

ram afastadas tôdas as cousas de erro das provas executadas, creio que para se chegar a uma conclusão seria necessário acompanhar o caso e fazer novas determinações no futuro.

Resultados obtidos pelo estudo hematológico de endocrinópatas e suas aplicações clínicas: — Drs. J. A. de Mesquita Sampaio e José de Paula e Silva. — Fazemos a descrição das bases científicas que servirão de início e motivo de suas investigações nas interrelações entre Hematologia e Endocrinologia, apresentando copioso material. Os casos clínicos de endocrinopatias, são os da Secção de Glândulas Endócrina do Ambulatório de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia e da Faculdade de Medicina de São Paulo. No período de dois anos e meio, estudaram hematologicamente, cerca de 300 pacientes e em particular aqueles de tireoide, hipófise e suprarrenal afetadas.

As alterações qualitativas e quantitativas do sangue periférico se não são específicos para uma determinada endocrinopatia, traduzem porém a influência de uma referida glândula endócrina sobre os órgãos hematopoieticos, dando ao sangue, aspectos constantes e frequentes, que auxiliam grandemente o diagnóstico, como aliás sucede com os demais quadros hematológicos, perante os diferentes agentes mórbidos, muito mais numerosos do que a diversidade de resposta hematológica, às vezes comuns para dois agentes mórbidos diferentes.

A médula óssea dêesses casos mostra lesões mais extensas que podem ser avaliadas por hipoplasia ou hiperplasia e ainda por alterações qualitativas e quantitativas, que ajudam de muito o diagnóstico. O material mais profundamente estudado pelos AA., é de alterações funcionais da tireoide. O hipertireoidismo provoca grande hiperplasia medular, ao contrário do hipotireoidismo que determina hipoplasia. Acreditamos que

o hormônio tireoideano tem ação sobre o eritron e leucon, e concluem como segue:

1.º) Existe quasi sempre nos hipertireoideos, discreta anemia, sem ser acompanhada de diminuição da hemoglobina, de alteração do volume médio das hemácias e da sua colorabilidade. *

2.º) O setor de eritropoiese, é hiperplástico e provoca maior número de células histaminais.

3.º) O número de mitoses dos eritroblastos é maior do que nas condições normais. A curva cariológica é de proliferação sem apresentar inibição em nenhuma de suas fases. O seu ritmo e frequência são aumentados, mas não há perturbação na modalidade mitótica.

4.º) A curva de maturação é desviada para a esquerda, com predominância de eritroblastos e pró-eritroblastos basófilos. O índice de maturação é inferior aos casos de normalidade.

5.º) O hormônio tireoideano parece ter, além de sua ação sobre as atividades metabólicas do eritroblasto, ação excitadora sobre a atividade citoevolutiva da mesma célula.

6.º) A hiperplasia granulocitopoiética é particularmente evidente.

7.º) As capacidades de proliferação, citoevolução e migração do leucon, são aumentadas como podemos depreender da curva cariológica de maturação, número de mitoses em 1.000 (mil) células e índice de Cotti-Balestrieri. Além disso, também a anisocitose, a irregularidade da maturação núcleo citoplasmática e o grande número de mielócitos, promielócitos e mieloblastos.

8.º) A tiroxina, parece estimular de muito o leucon, ativando a multiplicação da célula estaminal, quanto à sua capacidade de citoevolução. Esses achados explicam os achados do sangue periférico.

No hipotireoidismo, o quadro é, em linhas gerais, o inverso, e a

hipoplasia medular é tanto mais acentuada quanto mais baixo for o metabolismo.

Comentários: — Dr. Piero Manginelli. — E' muito interessante o trabalho que acabamos de ouvir sobre o estudo hematológico de certas endocrinopatias. Seria interessante saber se nas experiências executadas em animais pelos AA., com os hormônios tireoideos, foi observado com doses diferentes, o cruzamento nas curvas a que eles se referiram. Em relação aos hiperparatiroides, e na doença de Cushing, o quadro hematológico pode apresentar-se policitêmico, ou mesmo normal.

Dr. Luís Rocha Azevedo. — Eu desejava apenas saber se a anemia dos hiperparatiroides aparece já nos casos iniciais, ou se aparece quando já há um certo grau de fibrose.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — O presente trabalho que já era de meu conhecimento, pois me foi dado ler antes da sessão é um trabalho muito importante. Os exames de sangue, deverão ser tomados à luz destas novas concepções; verificando a existência ou não de alterações endócrinas, pois, como ficou demonstrado, o hematológico pode sofrer grande alterações quando aquelas alterações estão presentes.

Dr. José Paula e Silva. — Ao dr. Manginelli, devo informar que não realizamos trabalhos experimentais. Há entretanto, entre nós, um trabalho de Matos Barreto que conseguiu em ratos e coelhos, demonstrar a ação da tireóide sobre os órgãos hematopoiéticos. Em clínica temos encontrado o mesmo quadro, que ele encontrou em animais, e que foram descritos em sua tese. Assim, ele verificou que à medida que se aumenta a dose de hormônio tireóideo as hemátias e os reticulócitos vão aumentando, e o que temos encontrado no homem está perfeitamente de acordo com isto. Quando ao caso de Cushing, referido pelo dr. Manginelli, cumpre verificar que não se

62)

trata de uma poliglobulia de origem renal. Os que admitem a teoria nervosa dizem que este facto é devido ao estado vascular que se dão estas variações do sangue periférico, enquanto os endocrinologistas consideram ser a medula óssea. A este propósito temos notado variações bastante grandes e interessantes da medula óssea.

Ao dr. Richa Azevedo, devemos adiantar que toda a literatura, é unanime em admitir que a anemia que se estabelece nos hiperparatiroides, é devido à fibrose que comprime o parênquima.

Ao dr. Ariovaldo Carvalho agradecemos a amabilidade do contário e a atenção que deu ao trabalho.

Dr. J. A. de Mesquita Sampaio. — Eu quero me aproveitar da oportunidade para reforçar o interesse clínico geral que têm estas pesquisas. Realmente, outras glândulas que o dr. Paula e Silva não pôde abordar por falta de tempo, influem no quadro sanguíneo. Assim por exemplo a pineal, em cujo estudo já temos tido alguns dados, que nos permitiram chamar a atenção para este assunto. Temos mesmo um caso, muito bem estudado no qual se referem exames de dosagem de hormônio, radiografias, e exame da medula óssea, e no qual se verifica a existência de uma hiperfunção da medula, em paciente portador de hiperatividade pineal.

Em relação às supra-renais, não temos contingente, mas a anemia tem sido um quadro que temos encontrado comumente nestes síndromos.

Em relação às gônadas, também temos verificações interessantes.

De tudo isto, fica ressaltada a importância que pode ter esta comunicação e aproveitando a palavra, eu quero reafirmar a relevância de mais este elemento de exame, não só do ponto de vista do estabelecimento do diagnóstico quantitativo e qualitativo da en-

docripatia, como também para a conduta terapêutica geral.

São as considerações que me pareceram oportuno fazer, não tanto para realçar a transcendência das nossas pesquisas, mas sim para permitir aos interessados desenvolverem ainda mais o seu estudo para maiores e melhores esclarecimentos.

Diabeta (*) Melito — Ação dos hormônios sexuais — Dr. Luciano Décourt. — O A. apresenta o resultado que obteve com o uso dos hormônios sexuais no tratamento do diabeta senil. Recorda as relações entre a hipófise anterior e o metabolismo hidracarbonado e a ação antagonista entre as gônadas e a préhipófise. Baseado nos resultados favoráveis obtidos por vários AA. — Cantilho, Thaddea, etc. — empregou o benzoato de estradiol e o propionato de testosterona como tratamento adjuvante em 9 casos de diabeta em indivíduos já com certa idade. Usou esta terapêutica em 7 mulheres, todas em menopausa e em 2 homens, estes com 54 e 58 anos. Nas mulheres empregou o benzoato de estradiol, 10.000 u., 3 vezes por semana e nos homens o propionato de testosterona - 10 mgrs., 3 vezes por semana.

Se bem que não obtivesse os espetaculares resultados citados por Cantilho, conseguiu melhoras apreciáveis, isto é, foi possível diminuir a dose de insulina e tornar o regime mais liberal.

Concluo pois, que, no tratamento do diabeta senil, os hormônios sexuais podem e devem ser empregados, já que com seu uso se obtém melhoras nítidas e apreciáveis.

Comentários: — Dr. C. Macedo Ribeiro. — Achamos de grande interesse a comunicação do dr. Décourt, sobre o tratamento do diabeta melito com o uso de hormônios sexuais. No caso

do citado indivíduo masculino de 54 anos de idade, considera ser um caso de climatério masculino? Tenho um caso interessante de resistência à insulina e que por causa disso fiz com que o doente tomasse propionato de testosterona, sem entretanto, obter nenhum resultado. Trata-se de um indivíduo de 72 anos de idade.

Dr. Atilio Zelante Flosi. — Quero apenas perguntar se o dr. Décourt já experimentou o propionato de testosterona, que, sendo uma terapêutica homóloga inibidora da hipófise e da néo-glucogênese, favorece a terapêutica do diabeta.

Dr. Ariovaldo Carvalho. — Há cerca de 2 anos, aqui em São Paulo, assisti a uma conferência de Anes Dias sobre o diabeta, após a qual fiquei abalado em minhas convicções sobre ser o diabeta de origem pancreática. De fato, até hoje ainda não foi descrito nenhum quadro anátomo-patológico característico do diabeta e em 25 % dos casos de diabeta perfeitamente comprovado, não se encontra a menor lesão no pâncreas. Finalmente poderia considerar-se que diversos sintomas dos diabéticos não são correlatos com a ação da insulina. Estes argumentos são muito convincentes e baseados neles. Anes Dias, considerava o diabeta como uma perturbação pancreático-hipofisária.

Outra questão sobre a qual eu desejaria informações, é a seguinte: porque é que nas mulheres com toxemia gravídica o Proluton e o Progenon dão ótimos resultados?

Dr. Luciano Décourt. — O dr. Macedo Ribeiro tocou em um ponto do qual sempre tenho procurado fugir, que é a questão do climatério masculino. De fato, um homem com 54 anos de idade, talvez não possa ser ainda considerado como em climatério, e ainda, mais, tenho minhas dúvi-

(*) A forma o diabeta deve merecer a nossa preferência. Tem o seu apóio na origem grega do termo — διαβητης, ομ. E' um vocábulo que pertence à primeira declinação e é masculino, segundo afirma J. N. von Sontheimer.

das a respeito da existência de um climatério masculino. Também não tenho nenhuma experiência com diabéticos em idade avançada.

Quanto à pergunta do dr. Flozi, sempre procurei evitar a terapêutica heteróloga, quando posso usar a terapêutica homóloga. Além disso o estradiol, tem ação frenadora da hipófise mais intensa do que a testosterona.

Com relação às considerações do dr. Ariovaldo Carvalho, eu já conhecia as convicções do prof. Anes Dias, pois quando estava no Rio de Janeiro, trabalhei com ele muitos anos. Os argumentos de ordem anátomo-patológica, que ele apresenta, podem ser perfeitamente explicados, uma vez que afirmarmos que os nossos conhecimentos ainda não são perfeitos e os nossos meios de observação ainda não permitem observar pequenas lesões. A minha impressão é que o pâncreas continua com o seu papel de órgão central na patologia do diabeta. Young realizou, a este propósito, experiências muito interessantes, administrando a cães doses muito elevadas de extrato de hipófise e conseguindo um estado diabético permanente. No entanto esses extratos agiam por intermédio do pâncreas, produzindo atrofia das ilhotas de Langerhans. O fato é que até hoje o tratamento do diabeta continua a ser feito, baseado na administração de insulina e nos regimes alimentares.

A ação do Proluton e Progynon na toxemia gravidica se explica pela diminuição da atividade das gonadotrópicas.

Um método de palpação do baço — Dr. Ulisses Lemos Torres. — O trabalho foi publicado

na íntegra pela Revista Paulista de Medicina, XXIV, 45, janeiro de 1944.

Comentários: — Dr. José Ramos Júnior. — Em muitos casos de baços percutíveis mas não palpáveis pelos processos comuns, realizando-se o decúbito lateral de Schuster, tem-se conseguido tornar o baço palpável.

Dr. J. A. Mesquita Sampaio. — O dr. Ulisses afirmou que pela compressão da parede posterior do tórax havia uma diminuição da loja esplênica. Ora, isto viria também criar uma constrição dos movimentos respiratórios, com diminuição da mobilidade do baço. Longe de qualquer crítica, será apenas uma objeção ao novo método de palpação do baço apresentado.

Dr. Uzeda Moreira. — Qual a vantagem do processo em relação aos baços que forem palpados com o método de Ulisses Lemos Torres e com o de Mattieu.

Dr. Ulisses Torres. — A vantagem do nosso processo, é comprimir a loja esplênica entre dois planos, podendo essa pressão ser controlada, para se obter maior ou menor deslocamento do baço. Quanto ao que disse o dr. Mesquita Sampaio, achamos que, ao contrário, a nossa manobra amplia ainda mais o movimento do baço, pois a restrição dos movimentos respiratórios das costelas, faz com que mais intenso se torne os movimentos do diafragma, conforme demonstrou muito bem Azevedo Maia.

Ao dr. Uzeda Moreira, devo dizer que não trouxe as porcentagens aqui, mas posso afirmar que 90 % dos baços ditos percutíveis e não palpáveis tornam-se palpáveis por este método.

TRANSPULMIN



Homburg

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 21 DE JUNHO

Presidente: Dr. C. Macedo Ribeiro

Método de palpação do fígado
— Dr. Luis Carlos Fonseca. — O trabalho foi publicado na íntegra pela Revista de Medicina, XXIV, 36, janeiro de 1944.

Comentários: — Dr. João Alves Meira. — O dr. Luis Carlos Fonseca apresentou no início do seu trabalho, uma série de técnicas palpatórias visando o exame do fígado. Entre estas, êle frisou stó uma modalidade em que o paciente fica na posição lateral e elevada. Depois resaltou as vantagens da palpação na posição sentada. Quero referir que no livro de Chiray e Pavel sôbre a "Vesícula biliar", existe descrita uma técnica destinada principalmente ao exame palpatório da vesícula biliar, e na qual o paciente permanece sentado tal qual como na técnica aconselhado pelo A. da comunicação. Tenho a dizer que, as poucas vezes que me utilizei desta manobra no exame palpatório da vesícula, não auferi grandes vantagens.

Estas minhas considerações em nada diminuem o mérito do trabalho do A. que é abundante em dados pessoais, mas visam apenas contribuir para completar as suas indicações bibliográficas.

Dr. Hélio Lorenço de Oliveira. — As vantagens da posição do paciente e do médico, tal como o A. apresentou em seu método de palpação do fígado, são as mesmas já aproveitadas pelo prof. Merlo de Buenos Aires, para a mais acurada pesquisa do sinal de Murphy.

Dr. C. Macedo Ribeiro. — A posição sentada, de fato facilita muito a palpação, enretanto, esta posição não é aconselhável e muitas vezes nem mesmo possível em indivíduos doentes, nos quais justamente é que tem interesse a

palpação. Esta é uma crítica que se pode fazer ao presente método. Além disso, se o método não leva grande vantagem sôbre o método clássico de Matthieu, não sei por que se deverá então usá-lo, já que êle tem a desvantagem de obrigar o doente a se sentar.

Quanto ao uso do decúbito lateral esquerdo, há de fato, como salientou o dr. Fonseca, muitas vezes, uma certa dificuldade para se realizar a palpação.

Dr. Rui Faria. — Se se passa a adotar o presente método de palpação do fígado, que consegue palpar mais de 90 % nos fígados normais, qual será o critério de anormalidade que se adotará, para o órgão, uma vez que se considera como fígado normal aquêles que não é palpável pelos métodos habituais?

Dr. Luis Fonseca. — Respondendo primeiramente ao dr. Meira, devo dizer o seguinte: em primeiro lugar, não me referi à posição para palpação da vesícula biliar, porque estava descrevendo métodos de palpação do fígado; em segundo lugar, não obstante, na descrição dos métodos clássicos, cujas fotografias projetámos, não temos feito referência à vesícula biliar, não esquecemos, mais adiante, de lembrar que a posição do paciente sentado já fôra utilizada para pesquisar o sinal de Murphy; em terceiro lugar, a técnica que o dr. Meira lembrar ter visto, como sendo de Chiray, para palpação da vesícula biliar, pertence a Wijnhoff e se acha descrita no livro de Chiray e Pavel. Mas, ainda em relação à vesícula biliar, na técnica de Chiray e Pavel, a que aludiu o dr. Meira, o doente deve ficar decúbito lateral esquerdo. A despeito de eu estar descrevendo processo de palpação para o fígado e não para a vesícula, desejo ainda acrescentar que a posição do doente, que descrevi para palpar o fígado e

mesmo a colocação da mão do médico que palpa, não são iguais à técnica para a vesícula biliar. Finalmente, como o dr. Meira mesmo disse, o próprio processo do paciente sentado foi recomendado pelo seu autor só para a palpação da vesícula biliar.

Ao dr. Hélio Lourenço de Oliveira, devo dizer que não reclamo primazia para o fato de empregar a posição sentada, pois a ela me referi na exposição e também em resposta ao dr. Meira, que o próprio Murphy a empregou para a pesquisa de um ponto doloroso, o ponto vesicular, que comumente qualificamos de Murphy positivo ou Murphy negativo, conforme haja ou não dor. Como disse o dr. Hélio, o próprio Murphy não utilizou sua técnica para palpação do fígado e eu acrescento que o próprio Wijnhoff a propôs para a palpação exclusiva da vesícula, e se contentou com isto. Ora, com variações de posição do doente, e do médico, lembramos em palpar todo o fígado, o que não raro é possível, como pude sentir e como os senhores poderão verificar. Entre se pesquisar só um ponto doloroso e se explorar todo um órgão, no caso, o fígado, recolhendo numerosas e exatas informações prope-déuticas, existe uma grande distância.

Ao dr. Carlos Macedo Ribeiro, quero lembrar, que não usei o doente em pé, porém sentado. Quanto a não haver grande vantagem, como eu mesmo disse, sobre o de Mathieu, desejo frisar que, não obstante eu ache que estes dois métodos juntamente com o de Soupault são os melhores, eles ainda poderão ter as suas indicações particulares, conquanto eu não veja ainda seria objeção à ocupação desta posição sentada do doente. Com efeito, só lhe reconheço desvantagem quando há ascite volumosa, em cuja eventualidade, estão indicados os métodos do rechaço hepático e o de Chauffard. Até mesmo o decúbito lateral esquerdo é inconveniente nas grandes

ascites. Lesões vertebrais ou medulares, que impedissem a posição sentada com flexão do tronco e relaxamento da parol muscular abdominal, é óbvio, contradicam este método.

Por fim, ao dr. Rui Faria, quero lembrar que o fígado normal é palpável, dependendo naturalmente da técnica utilizada e do tipo morfológico. Entre outros, lembro o trabalho de José Ramos Jr., Italo le Vocci e Pedro Pôrto, já referidos, publicados nos Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, em 1939. Contudo, esta questão de tipo morfológico não é essencial quando se usa o doente sentado, posição esta que expõe no mínimo alguns centímetros mais o fígado ao nosso tacto. Quanto ao critério de normalidade, a se adotar, permanecem os mesmos, uma vez que o fígado, mesmo normalmente, é palpável, não sendo a percepção do bordo sinal de aumento visceral, obrigatoriamente. Naturalmente, a consistência, a espessura da borda anterior, a sensação de dor, a superfície, as irregularidades, os atritos, as pulsações e outros sinais adventícios, permitirão interpretações prope-déutica.

A prova do ácido hipúrico — Dr. Hélio Lourenço de Oliveira e Domingos Lomônaco. — Depois de darmos uma idéia da prova e da significação dos seus resultados, em face das variáveis de que eles dependem, insistimos em que essas variáveis não podem deixar de ser sempre consideradas. Não apenas para se considerar a prova do ponto de vista mais estritamente científico, mas também para que, na prática clínica, não se pretenda tirar dos valores obtidos conclusões quantitativas sobre a capacidade funcional do fígado, em cuja exploração o teste é empregado e considerado bom.

Ilustramos a exposição com casos concretos que temos estudado por meio da prova do ácido hipúrico, representados por indivíduos normais e doentes com vá-

rias afecções hepáticas, insuficiência cardíaca, carências alimentares graves, etc. Apresentámos os resultados de provas repetidas em casos de cirrose hepática e que acompanhar bem os tipos vários de evolução clínica observados.

Sobre o valor prognóstico dos resultados lembramos a preferência que pela prova têm os cirurgiões na avaliação do risco cirúrgico, chamando a atenção novamente para os diversos fatores que influem sobre o resultado, de modo que uma excreção normal de ácido hipúrico não significa apenas uma boa função hepática, mas sim que uma série de funções do organismo ou se cumprem normalmente ou se realizam de modo tal que possível "deficit" de qualquer delas é suprido e não influencia os resultados globais do conjunto funcional.

Ainda a propósito do valor prognóstico da prova do ácido hipúrico, mostrámos em gráficos os resultados de investigações que realizámos sobre a excreção do ácido hipúrico em períodos mais longos que os considerados na prova clássica. Chamámos a atenção para a sugestão derivada da análise destes resultados, no sentido de se poder tomar um certo valor crítico da excreção de ácido hipúrico (em torno de 0,45 grs., em ácido benzóico, durante uma hora de prova), abaixo do qual os resultados da prova corresponderiam invariavelmente, no conjunto de casos apresentados, a um índice de mau prognóstico, independente de se encontrar, no quadro clínico, uma afecção hepática como elemento primário ou dominante.

• Comentários: — Dr. Luís Carlos Fonseca. — Os resultados que tenho obtido no uso desta prova, têm sido, em minhas mãos, um pouco desengançados; a princípio julguei que fôsse um defeito de técnica. Depois, estudando a fundo a questão, verifiquei um contingente de causas capazes de in-

terferir nos resultados desta prova, falseandoos. Além da função hepática, há outros elementos que interviriam na fisiopatologia da prova; por esse motivo, e para exemplificar, eu não ousaria fazer uma prova de fígado, sem ter absoluta certeza de uma perfeita função renal. Também, especialmente nas lesões hepáticas em que o metabolismo das proteínas está perturbado, é que se costuma fazer esta prova. Ora, isto deve ser levado em linha de conta, procurando-se saber até a que ponto o metabolismo das proteínas está prejudicado, pois isto poderia forçar os resultados.

Também, nos casos em que a função pancreática está prejudicada o metabolismo intermediário das proteínas está desregulado como eu pude verificar em dois casos, com a prova da secretina, sendo um de câncer da cabeça do pâncreas e outro de pancreatite crônica diabética, este curado. Todos estes fatores devem ser levados em consideração.

Uma baixa do poder tripsínico e mesmo lipásico, fatalmente vai alterar o metabolismo das proteínas, das gorduras e mesmo dos hidratos de carbono, provocando sérias alterações metabólicas que interessam profundamente a célula hepática em suas múltiplas funções, especialmente na que estamos explorando, desaminações, avariada por desequilíbrio na urogênese, glicopenia e glicólise, consequente a lesões extra-hepáticas primárias. Outro ponto, que eu acho que em matéria de provas funcionais também se deveria firmar, é a comparação dos resultados com as diversas provas e não o resultado isolado de uma apenas.

Quanto à eliminação do ácido hipúrico, o jejum influe de maneira muito acentuada sobre ela. Outro fato, é, que, principalmente quando o doente apresenta perturbações circulatorias, então a eliminação do ácido hipúrico deverá ser acompanhada por várias horas, (até 4) e não nos devemos

contentar com os resultados de apenas uma hora de prova. Não podemos nos esquecer de levar em consideração tais resultados, mesmo num hepático, pois êles decorrem de perturbações hemodinâmicas. É preciso lembrar que, por exemplo, nas cirroses ascíticas, estaria indicada a prova. Entretanto, há opsiúria. Por isso acharia aconselhável não fazer a dosagem na urina em uma hora, mas prosseguir nas colheitas urinárias.

Dr. Uzeda Moreira. — Tenho a impressão usando o método venoso, Quick despreza os resultados da segunda hora em diante, por achar êstes resultados sem valor completo final para a prova. Desejo ainda que o dr. Lourenço Oliveira me informe se esta prova tem valor como prova funcional entre icterícia por obstrução e icterícia por hepatite. Para o cirurgião teria isto um grande valor, pois indicaria uma intervenção cirúrgica.

Dr. Rui Faria. — O comentário que eu desejaria fazer, já foi feito pelo d. Luis Carlos Fonseca. Apenas sugeria outras provas funcionais com as quais se pudessem fazer o estudo comparativo. Esses seriam as provas da santonina (na qual se pode eliminar a influência do fator renal, desde que se tenha medido o volume hidrico excretado), e a prova de Kugelmann, que me parece útil.

Dr. Hélio Lourenço Oliveira. — Sobre os fatores carenciais, capazes de influir nos resultados da prova, conforme lembrou o dr. Luis Carlos Fonseca, apenas recordo ao colega a correlação desses fatores com as observações que apresentei sob e a influência da sobrecarga da glicocola.

Quanto à necessidade de realização de outras provas, para controlar esta em estudo, creio que é óbvia, no estado em que ainda se encontra o problema da exploração funcional do fígado, para a qual nenhuma prova pode ser considerada padrão. Nesta sessão só

tive o intuito de tratar da prova do ácido hipúrico. Mas, temos feito sempre, com essa, as provas da cefalina, de Van den Bergh, da urobilinogenúria, de Takata, do formol-gel, de Weltmann e eventualmente outras.

Para o diagnóstico diferencial entre icterícia por obstrução e icterícia por hepatite, referido pelo dr. Uzeda Moreira, a prova do ácido hipúrico não oferece elementos decisivos, mas apenas dados que poderão ser interessantes, interpretados no conjunto dos outros sinais, clínicos e funcionais.

Quanto ao dr. Rui Faria, não me parece que as duas provas por êle citadas tenham particular importância, no sentido de poderem fornecer informações fidedignas que não tenham sido obtidas pela série de provas a que já aludí há instantes.

Transfusão de sangue e substitutos em tempo de guerra — Dr. Luis Carlos Fonseca. — Faz uma apreciação dos vários transfundentes: soluções salinas isotônicas e hipertônicas, glicosadas, soro gomo, soro pectinado, soro sanguíneo, plasma sanguíneo, sangue total, precisando-lhes o valor terapêutico em cada modalidade de choque: traumático, operatório, infeccioso, tóxico, hemorrágico e nas queimaduras. Lembra que estamos atravessando uma verdadeira fase de "plasmomania", com injustificado desprestígio dos demais líquidos transfundentes, que podem, ou, até mesmo, devem substituir o plasma ou o sangue total, desde que se lhes atenda às propriedades farmacodinâmicas e indicações terapêuticas. Esta atitude não só implica em notável e necessária economia de plasma e sangue total, como vem colocar o problema das transfusões em seu devido lugar, fato êste de capital importância, sobretudo para nós, no Brasil, uma vez que não possuímos, até o presente momento, estoques suficientes de plasma, especialmente líofilo, mais duradouro, senão também, porque as possi-

bilidades desta realização ainda não nos permitem contar com êle, pelo menos até o momento actual.

Expõe a organização do Serviço de Transusão de Sangue do 4.º Batalhão de Caçadores, da Força Policial de São Paulo, sediado em Baurú, em cuja Unidade foram classificados todos os oficiais e as praças, num total de cerca de 600 homens, demonstrando o valor desta medida, sua necessidade, particularmente para os militares-políciaes, sendo sua intenção classificar todo o efetivo da Corporação, não tendo tido permissão para tal.

A classificação deveria generalizar-se a tôdas as forças militares, de terra, mar e ar, numa fase de prévia organização para a guerra, pois só poderiam advir bons resultados desta medida, com possibilidade de salvamento de milhares de vida, sem a perda de tempo prejudicial ou mesmo impossibilidade de socorro adequado e oportuno.

Comentários: — Dr. Rui Faria. — O problema sanguíneo pode substituir o sangue total, em casos urgentes, de modo que esta ressalva deve ficar feita, uma vez que o A. afirmou que havia uma tendência a substituir o sangue total pelo plasma, o que não é inteiramente verdade.

Outra questão é que o plasma deve ter preferência nos casos de choque profundo, irreversíveis, em que há uma grande hemoconcentração, como acontece por exemplo nas queimaduras. Nêstes casos com o uso de sangue total, isto muitas vezes não é mais possível.

Quanto à percentagem encontrada pelo A., é elevada demais para o nosso meio, o que faz que duvidemos da integridade do soro padrão por êle usado. Os soros padrões do comércio, são de facto muito perigosos; o Laboratório Paulista de Biologia, com o fim de corrigir tal estado de cousas, lançou soros titulados, com a data em que vence o seu pe-

ríodo de garantia. Êstes soros, para determinação do tipo sanguíneo, devem ser guardados em geladeira, só sendo retirados na hora do uso. Seria interessante que os soros padrões fossem fornecidos em pó sêco líofilo, (preparados pelo método de Flosdorf e Mudd), com o que se evitariam êstes inconvenientes. A técnica de Flosdorf e Mudd conserva as propriedades integrais dos soros e não os faz perder pró-trombina, como afirmou o dr. Fonseca, pois que o plasma permanece com 95 % de sua pró-trombina, desde que seja reconstituído com água contendo 0,5 % de ácido cítrico ou saturada de CO₂. Quanto a questão do sangue veicular vitamínico, não li ainda nenhuma referência a êste respeito e foi um ponto que extranhei na apreciação do dr. Fonseca. Quanto à pectina, já existe trabalhos dos profs. Carlo Foà e Regalo Pereira a respeito; note-se entretanto, que a pectina deve ser de grande pureza, o que é difícil no momento.

Quanto à questão da presença do pirogênio no plasma, é um facto indiscutível e pode ser causa de sérios accidentes. A prioridade desta questão, penso que pertence a Ehrlich, que, em 1911, verificou a presença de pirogênio nas águas destilladas, o que causava distúrbios nos doentes, que foram a principio attribuidos ao 606, tendo então Ehrlich provado que isto não era verdade, pois tais distúrbios prendiam-se ao pirogênio existente na água com que era feita a solução.

Dr. Murilo Paca Azevedo — As transfusões de soro fisiológico e soro glicosado, além dos inconvenientes já citados pelo dr. Foudio, e além disso, podem acarretar a intoxicação hídrica pela sua administração intempestiva. Quanto à transfusões com soro gomado, os inconvenientes são inúmeros pela conglutinação dos globulos que determina. Quanto á questão da contaminação de plasma a diversas temperaturas, creio que,

desde que se mantenha o plasma fechado, fora do contacto exterior, a possibilidade de contaminação é a mesma, qualquer que seja a temperatura. Atualmente ante as inumeráveis vantagens do plasma, devemos intensificar a sua reserva, que deve ser bem grande porque só assim, podemos formar a nossa defesa eficiente. Se não podemos ter ainda o plasma seco, tenhamos pelo menos para as nossas emergências, o plasma líquido, ou congelado que se adaptam perfeitamente às nossas necessidades.

Um outro ponto, sobre o qual desejaria informações, é o seguinte: o dr. Fonseca afirmou que em um trabalho realizado no Instituto Pinheiros, ficou demonstrado que o plasma veicula vitaminas. Apesar de trabalhar no Instituto Pinheiros, nesta Secção especializada em plasma, não é do meu conhecimento tal trabalho. Assim, pediria ao A. a gentileza de me informar onde encontrou tal citação.

Dr. Luís Carlos Fonseca. — Ao dr. Rui Faria. — O colega defendeu acirradamente o plasma, especialmente o seu uso nos casos urgentes. Todo caso de choque é urgente e sabemos que o fator tempo é dos mais importantes no restabelecimento circulatório do chocado. Isto não enaltece o plasma, porque um Serviço de Transusão de Sangue bem aparelhado e organizado, deverá estar preparado para todas as eventualidades.

Quanto à tendência à substituição do sangue pelo plasma, é um fato. Após a fase de "plasmomania", parece que agora as coisas estão se sedimentando. Plasma sanguíneo e sangue total têm as suas indicações terapêuticas comuns e particulares e nem sempre se substituem perfeitamente. Refazemos a apologia do sangue total como o transfundente ideal, sob o ponto de vista teórico como prático.

Quanto à propriedade do plasma retirar pacientes de estados de choques profundos, irreversí-

veis, nem plasma, nem sangue total, ou qualquer outro líquido consegue corrigir e curar um estado de choque desta gravidade. Uma vez que ele seja reversível, e o plasma capaz de removê-lo, também o sangue total o conseguirá.

A respeito do teor elevado de tipo O em minha estatística, eu mesmo chamei a atenção para o fato, comparando, no quadro projetado, as diferentes estatísticas. E', realmente, um problema sério o da determinação dos tipos sanguíneos, por não se dispor de sôros padrões rigorosamente selecionados e de alta capacidade aglutinante, de modo a não deixar dúvida quanto à existência da aglutinação. Lembro que precisei repetir na F. S. R. do 4.º B. C., em Baurú, a determinação de 80 homens, pois, o sôro padrão de uma caixa adquirida só forneceu grupos O. Consegui sôro padrão fresco e encontrei os demais tipos nestes mesmos soldados. Neste particular, falta a fiscalização dos produtos de laboratório e controle oficial correto, o que é realmente vergonhoso em nosso meio. Digase de passagem, que o próprio plasma deverá ser "pooling", plasma médio, da mistura de doadores dos diversos tipos, afim de que as iso-aglutininas do plasma não entrem em reação com os iso-aglutinogênios contidos nas hemácias do receptor em casos de acentuada hemoconcentração e de muito volumosa aplicação de plasma. A não ser neste caso, não há risco de aglutinação, como já expusemos.

Acêrca da diminuição da protrombina, não sou eu, mas duas autoridades no assunto, Strumia e Mg. Crow, em artigo do ano passado a respeito dos métodos de conservação do plasma, afirmam: 1.º) O processo de conservação do plasma à temperatura ambiente cerca de 25 graus centígrados, destroe rapidamente a protomina e o complemento. — 2.º) O método de conservação à temperatura de 4ºC, e sob forma líquida,

mantém uma quantidade suficiente de protrombina e complemento durante um período de aproximadamente 5 dias. — 3.º) O plasma congelado, comporta-se como o precedente. — 4.º) Finalmente, o plasma seco, líofilo, mais interessante de todos pela sua durabilidade, cerca de 5 anos, dizem "ipsis literis", os autores do trabalho: "o material restaurado perde quasi completamente a protrombina e parte do complemento".

Quanto à veiculação de vitaminas, pelo plasma, Strumia e Mg. Graw., referindo-se às propriedades anticoagulantes, teor em proteínas, anticorpos específicos e inespecíficos e inespecíficos e demais componentes do plasma, lembram que podem ser influenciados conforme o processo de conservação empregado. Aliás, se admitirmos ação hemostática, opoterápica e metabólica do plasma, temos que, implicitamente, concebê-lo portador de vitaminas. Não interessa a ação vitaminoterápica, se esta persistir, após os métodos de conservação do plasma e na dependência do volume dêste a ser administrado; mas, se o plasma é veículo de todas as substâncias, tirante os glóbulos vermelhos, não poderá deixar de o ser também destes princípios bioquímicos. Não foi no Instituto Pinheiros que se afirmou isto, como por um lapso possa eu ter dito. Referi às propriedades em relação à eficiência, que são apontadas em trabalho de Schelmi, Toledó Carvalho, Martirani e Paca Azevedo, os quais, em sua monografia pg. 9, 1942, dão uma relação das vantagens do uso do plasma em comparação a outros líquidos transfusores.

A respeito da goma de acácia, não a reputo d uma época passada, uma velharia, pois em "O Hospital", vol. 22, n. 1, 1942, Etzel escreve que na famosa clínica de Alexander, em Michigan, é feita "a administração sistemática de grandes quantidades de sôro por via endovenosa, sem a menor reação e com excelentes resultados, pois a pressão arterial, muitas vezes

baixa, se restabeleceu prontamente".

Acêrca da determinação do tipo sanguíneo, tenho a acrescentar que nos Hospitais do Exército, conforme ordem do sr Ministro da Guerra, e no Hospital da Força Policial de São Paulo, este trabalho foi executado por Carlos da Silva Lacaz. Parece, todavia, que é justamente nos corpos de tropa que os serviços de transfusão de sangue assume maior relevância, sobretudo nos dias atuais porque esta é a tropa pronta, a mais sacrificada, a mais exposta aos acidentes hemorrágicos, queimaduras, traumas, infecções, etc., e consequentemente a que se impõe esteja previamente classificada para se poder agir solícita e oportunamente em nossas intervenções. Também não acho que seja um trabalho inexequível a determinação de tipos sanguíneos num exército, por mais numeroso, incluindo forças de terra, mar e ar, pois, se começássemos a uma determinada hora, em todo o Brasil a classificar os grupos sanguíneos da tropa, os médicos regimentais e seus auxiliares competentes, em 48 horas, em toda a Nação, simultaneamente, poderiam relacionar centenas de milhares de homens. E' certo, perde-se tempo em classificar os tipos e escolher os doadores, mas não é na hora da necessidade que se terá este problema, pois, na paz é que se prepara para a guerra.

No 4.º B. C. organizei o S. T. S. com ótimos resultados. Lembrome que ao socorrer um soldado ferido por projétil de pistola automática, no 1/3 inferior da perna direita, na face externa, e que se esvaia em sangue, logo que me avistou exclamou: "Dr. meu tipo é O". E' que eles são obrigados a saber o seu tipo sanguíneo, assim como o resultado da R. de Wassermann que são publicados no Boletim Regimental, para conhecimento obrigatório.

Ao dr. Murilo Paca Azevedo. — Disse o colega que, além do que

eu havia referido, as soluções cloretadas e glicosadas ainda têm o inconveniente de não prevenir o choque tardio. Eu disse, talvez com a pressa com que expus o argumento não o tenha percebido, que as soluções isotônicas, cloretadas ou glicosadas, dadas as condições de isotonia e às alterações da permeabilidade capilar, difundem-se facilmente aos interstícios tissulares. Por isso é efêmero seu papel de sustentação da pressão arterial. Referi a possibilidade de uma insuficiência ventricular direita aguda, pela sobrecarga brusca de líquido no território venoso de retorno, e o risco de uma edema pulmonar por transudação capilar, ao lado das perturbações hemodinâmicas. Desconheço porém o que o colega denomina "intoxicação hídrica", pois não vejo intoxicação no caso em apreço.

Quanto à congutinação de glóbulos vermelhos pelo soro gomado e à precipitação do colóide, nunca tive ocasião de verificar e se o colega as observou, é por que o preparo do soro deixou a desejar. Quanto às trombozes, especialmnete hepáticas e renais e às alterações celulares, sobretudo hepáticas, elas decorrem não da goma de acácia em si, mas são secundárias a processos alternativos desses órgãos em consequência do próprio estado de choque.

O prof. Alípio Corrêa Neto, pioneiro da terapêutica do choque entre nós, pelo soro gomado, em 1935, juntamente com o dr. Etzel, escreviam na Rev. Cir. S. Paulo, v. 2, fac. 3, pg. 173; "a desconfiança dos AA. e a morosidade com que se vem generalizando o uso deste precioso agente terapêutico do choque, reside na má qualidade e indevido cuidado na preparação do soro, pois nos nossos 50 casos, jamais observamos qualquer perturbação que ocorresse por conta da injeção de soro gomado". Nessa época, na Clínica dos Irmãos Mayo, sabia-se, era usado o soro gomado profusamente. Decorridos 8 anos, esta

asserção veio de ser confirmada por Co Tui, Schrifit, M. H. e W. F. Ruggiero, que provaram existir uma substância na sol. de goma de acácia, resultante do metabolismo de certas bactérias do gênero *Pseudomonas*, como a *P. scissa* e a *P. ureae*. Tal substância é o pirogênio que já abordamos, demonstrável por reações biológicas; mesmo em quantidades mínimas, desencadeia reação pirética e os tremores que estamos acostumados a observar, quando usamos sôros em geral. Desde que aqueles autores americanos imaginaram um novo método de preparação, conseguindo remover o pirogênio, por filtração, este transfundente reconquistou a confiança e os méritos terapêuticos perdidos. Portanto, na adequada e perfeita técnica de preparação, repousa o sucesso da qualidade do soro e do êxito terapêutico.

Particularmente, discordo da opinião do colega de que todos estes transfundentes se devam abandonar em favor do plasma sanguíneo, conforme o colega acabou de afirmar, no Banco de Plasma do Instituto Pinheiros existe 100 litros de plasma líquido. Ora, é um volume verdadeiramente irrisório. Não há dúvida que, se pudermos dispor, à vontade, de plasma, nos campos de combate e nas cidades da retaguarda seria o ideal, mas, como não temos e não sabemos se teremos e em quantidade suficiente, não podemos ser visionários. Temos que contar com o que temos, e, é por isso que julgo que todos os transfundentes devem ser fabricados, em estoques suficientes, utilizados nos casos bem indicados, economizando sangue e plasma quanto possível.

O soro gomado pode possuir a mesma pressão coloidosmótica que o sangue, em solução a 6%, em solução de NaCl a 9 por mil, por ser de fácil aplicação, duração razoável, baixo custo, por manter a pressão arterial elevada, duradouramente, e permitir o refluxo do

plasma sanguíneo extravasado através das paredes capilares; acho-o bem indicado no choque traumático, operatório, por queimadura. O soro pectinado talvez seja mais promissor, mas para nós, ainda julgo o soro de goma de acácia como uma excelente arma terapêutica e econômica.

Robinson, de Minesota, calcula que sejam necessárias 1.280.000 unidades de plasma dessecado em 1943, o que implica em colher e preparar sangue de aproximada-

mente um milhão de meio de doadores, ou seja, mais que a população total da capital de São Paulo. Se não temos plasma, não podemos contar com ele. Além disso, a preparação do plasma seco liofilo, de duração longa, parece-me muito dispendioso, e requer aparelhagem custosa, e parece-me não a temos ainda.

A respeito da veiculação de vitaminas no plasma, penso ter-lhe informado também quando respondi aos comentários do dr. Rui Faria.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE JUNHO

Presidente: Dr. A. A. da Mota Pacheco

Novos aspectos da Fisionomia da Micção — Dr. Demóthenes Orsini. — Exponho alguns aspectos do Mecanismo Periférico da Micção. Em primeiro lugar focalizo o problema do antagonismo nervoso simpático-parassimpático, em relação à bexiga. Classicamente considera-se o simpático como motor para o chamado esfíncter interno e inibidor para o detrusor urinae. Ao parassimpático atribue-se ação oposta: motor para o detrusor o inibidor para o "esfíncter interno". Assim sendo, o simpático seria o responsável pelo enchimento vesical e o parassimpático pelo esvaziamento. Alguns fatos falam a favor dessas idéias. O mais interessante sob o ponto de vista prático é o seguinte: havendo lesões do parassimpático há uma predominância do simpático que se manifesta por uma dificuldade no esvaziamento vesical e a existência de uma apreciável quantidade de urina residual. Para retirar essa ação predominante, novica, do simpático, aconselha-se, com bons resultados como conseguiram Huggins et al., a secção dos nervos pré-sacros. Porém, inúmeros fatos falam contra a existência de tal antagonismo nervoso. Langworthy lembra argumentos de ordem anatómica, farmacológica e fisiológica. Assim, fazendo-se o registro da pressão

intra-vesical e excitando-se o simpático ou o parassimpático obtêm-se efeitos idênticos. Em ambos os casos, no início há aumento da pressão intravesical e depois queda da mesma, às vezes abaixo do valor inicial. Ora, essa identidade de efeitos fala contra a existência do citado antagonismo simpático-parassimpático em relação à bexiga.

Langworthy conclue que a teoria do antagonismo nervoso pode ser abandonada, atribuindo unicamente ao parassimpático um papel no esvaziamento vesical. O simpático estaria ligado à função do aparelho sexual e à vascularização do sistema genito-urinário.

Em segundo lugar desejo fazer considerações sobre a fisiologia do músculo do trigono. Young e West, como resultado das suas observações em pacientes humanos, admitem que a abertura do orifício vesical, no momento da micção não seja um ato inibitório. Ao contrário, admitem que a abertura se dá por uma contração ativa do músculo do trigono. Explicam a hipertrofia deste músculo, que muitas vezes aparece em casos de obstrução uretral, como sendo devido a uma hiperfunção do mesmo músculo. Porém as experiências de Kolb, além de outros fatos, falam contra as idéias dos dois autores americanos. Kolb con-

seguiu, em gatos, retirar o músculo do trigono e não notou perturbações para o lado da micção. Lewis, em observações cistoscópicas, em pacientes humanos, não conseguiu verificar contração do músculo do trigono, a não ser secundariamente a uma contração violenta do detrusor.

Dada a solidariedade anatómica e funcional da bexiga e uretra, pode-se admitir que a contração das fibras longitudinais da bexiga abre mecanicamente o orifício vesical, durante a micção e a contração das fibras circulares mantém elevada a pressão intra-vesical, facilitando o esvaziamento da bexiga. É interessante notar, entretanto, que os trabalhos de Schmidt, recentemente realizados na Alemanha, mostram que uma fibra muscular da bexiga pode fazer parte das três camadas deste órgão.

Finalmente, lembro a resistência uretral como um fator importante do mecanismo periférico da micção. Inúmeras condições podem fazer variar essa resistencial

uretral. A simples introdução dum catéter na uretra aumenta a resistência. Durante as contrações vesicais, expontâneas ou provocadas pela excitação do parasimpático, a resistência é menor do que quando se aumenta a pressão intra-vesical por introdução de líquido ou por compressão da bexiga. O aumento da pressão intra-uretral, por introdução de líquido desperta contrações reflexas, dos músculos do perineo, produzindo a expulsão do líquido, em jatos. Se o aumento da pressão intra-uretral for muito rápido haverá uma contração violenta do esfíncter externo, que impede a eliminação do conteúdo uretral. Mantendo-se a bexiga cheia com líquido o aumento de pressão intra-uretral não provoca contrações reflexas dos músculos do perineo ou do esfíncter externo.

Estes e outros fatos falam a favor da existência dum mecanismo esfíncteriano uretral que desempenha papel muito importante no ato da micção.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 14 DE JUNHO

Presidente: Dr. Licínio H. Dutra

As tendências atuais da oncologia ovariana — Prof. Dr. F. Vitor Rodrigues. — Conclusões do Autor:

1.º Não servirá mais de norma daqui por diante, separar os tumores do ovário segundo o critério de benignidade ou malignidade. Muito bem, a nosso ver, o entendeu Schiller. Todos os tumores do ovário são potencialmente malignos e a maioria tem formas benignas ao lado das malignas. Schiller vai mesmo a ponto de banir de sua classificação o carcinoma primitivo do ovário e para isso aduz uma série de argumentos que merecem consideração.

2.º O estudo dos tumores do ovário tenderá a ser cada vez menos estático. Será crescentemente funcional. Com efeito, não consideramos tanto hoje, quanto anti-

gamente o aspecto cancer nos tumores do ovário. Muito maior importância clínica têm no tumor ovariano os distúrbios de natureza funcional do que a possibilidade de matar a portadora por intoxicação, consumpção ou caquexia.

3.º Daqui por diante será preciso, para bem poder estudar os tumores do ovário dispor de ambiente em que sejam possíveis os estudos hormonais imediatos dos tumores a fresco. Para isso o anatomopatologista deverá dispor de facilidades ou da cooperação de um biologista especializado. O tópico — Tumores-Hormônios — atingiu uma importância sem precedentes. Certos tumores do ovário possuem muito mais importância como fonte de disendocrinismo do que como neoplasmas propriamente ditos, no velho sentido.

4.º Vai-se acentuando, cada vez mais, à medida que progredem os conhecimentos oncogênicos, a correlação estreita entre as neoplasias ovarianas e os erros do desenvolvimento ou, em outras palavras, as malformações. As falhas da embriogênese e da gonadogênese explicam hoje, pelo menos esclarecem, até um certo ponto, um grande número de tumores. Não é só a coexistência de numerosas malformações ou anormalias com determinados tumores. Os teratomas vão tomando uma importância sem precedentes, como explicação de muitas variedades tumorais que passam a ser consideradas como teratomas de um só elemento, hipótese incontestavelmente fecunda e que o espírito lógico não repele.

5.º Com o progredir de nossos conhecimentos a respeito da origem dos tumores ovarianos vai-se tornando evidente que, em muitos casos, uma dada histogênese embora admissível ou provada, não basta para explicar todos os casos de um dado tumor. Melhor, há variedades tumorais que admitem, que requerem mesmo, mais de uma hipótese de derivação. Hoje em dia vai surgindo, com isso a dualidade e, em dados casos a pluralidade de histogênese. Temos que admitir que um mesmo tipo histológico de tumor possa se originar de tecidos ou elementos celulares diferentes, por modos também diversos. Assim,

distinguem-se o Krukenberg primitivo e o Krukenberg habitual ou secundário (metastático); o corioepitelioma secundário, simples tumor de propagação a partir do útero, do corioepitelioma primitivo do ovário, para o qual a única explicação possível é a hipótese de ser um teratoma de um só elemento. O blastoma pseudomucinoso, como chama Meyer, poderá ser considerado ou como derivado do epitélio superficial por prosoplasia no sentido da potencialidade mülleriana (cervicoma, segundo Schiller), ou um teratoma de um só elemento em que representaria um elemento entérico, ou, ainda, de um tumor de Brenner, derivado de um nódulo de Walthard (Meyer). Não são diferentes hipóteses que se excluem; são diversas possibilidades todas aceitáveis, conforme o caso. Enfim, conclusão útil e fecunda: nem todo tipo histológico fala sempre por uma histogênese unívoca.

6.º Por fim, observa-se que vão surgindo novos tipos de tumores, que se desmembram de grupos complexos e indecisos ou pouco característicos que outrora englobavam um número maior de tumores de diagnóstico controverso e duvidoso. Assim, à medida que aparecem de vez em quando, nos últimos anos, tumores do grupo chamado especiais ou tumores novos do ovário, vão decrescendo os antigos diagnósticos de carcinoma, peritelioma e outros.

B**Dalke***h***VITAMINA****das Polineurites e
Toxemias Gravidicas****LAB.****PRODAHA****LTDA.****C. POSTAL 2554 — SÃO PAULO**

Sociedade Médica São Lucas

SESSAO DE 29 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

Considerações sobre megaesófago — Prof. Mário Braga de Abreu — O autor referiu-se sobre o megaesófago, salientando inicialmente o valor dos estudos feitos em São Paulo. Reviu os conhecimentos clássicos sobre patogenia e tratamento.

Mostrou 4 observações clínicas, sendo duas de doentes operados pelo processo de Heller. A raridade do megaesófago em Curitiba é patente. Pesquisando as causas, notou que o seu Estado é dividido em duas regiões com população diversas, sendo que no Norte do Paraná a população é semelhante nos hábitos e origem à de São Paulo e de Minas. Dos seus 4 casos, 3 eram de São Paulo e 1 de Minas, enquanto que não havia nenhum da região sul do Paraná.

Discussão: O dr. Uzeda Moideira salientou que os trabalhos brasileiros só se tornaram difundidos depois de publicados em inglês; discute-se ainda a questão da etiopatogenia, havendo fatos que explicam o megaesófago fora da avitaminose, mas entre nós o megaesófago é comum nas regiões onde a alimentação é deficiente em vitamina B.

Antígeno de Kline gerado pela solução mãe do antígeno de Cer-

queira — Dr. Luís Migliano — O A. falou sobre as reações para o diagnóstico da sífilis, lembrando as modificações que vem fazendo a técnica de sua reação, para depois referir-se ao antígeno de Kline gerado pela solução mãe do antígeno de Cerqueira. Mostrou as vantagens práticas do progresso que descreve, depois de ter exposto minuciosamente a maneira de preparar o antígeno de Cerqueira. Terminou salientando o valor das reações nacionais, que nada ficam a dever às estrangeiras, embora alguns médicos exijam que só se pratiquem nos seus clientes reações estrangeiras, com antígenos estrangeiros... Fez depois demonstração de técnica das reações para o diagnóstico da sífilis.

Moléstia de Köhler — Prof. Mário Braga de Abreu — O A. falou sobre a moléstia de Köhler, geralmente assestada na 2.ª metacarpéala, falange proximal respectiva, e as vezes ossos visinhos, cujas modificações descreveu. Falou sobre os característicos e históricos da moléstia. Discorreu sobre as varias teorias etiopatogênicas. Apresentou radiografias de um caso que observou com terapêutica conservadora.

SESSAO DE 14 DE MARÇO

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

Banco do Plasma — Dr. Eduardo Vaz — O A. teceu considerações a respeito do valor da transfusão sangüínea, das injeções de sangue conservado, de plasma líquido, de plasma seco dissolvido no momento do emprego de albumina plasmática, nos choques hemorrágicos, 82)

traumático, anestésico, operatório, por queimaduras, no tempo de paz e na contingência da guerra.

Insistem sobre o valor de cada um dos recursos enumerados, dependência das possibilidades e necessidades praticas. Dão a seguir organização do 1.º Banco de Plas-

ma do Brasil, elementos tirados de experiência própria, para que outros possam organizar serviços idênticos. Mostram a imperiosidade da organização de Bancos de Plasma para fins militares, tanto para as tropas em movimento, como para o serviço de defesa passiva na cidade. Repisam que o fundamental não é ser adepto deste ou aquele tipo de plasma, porém a reserva imediata do plasma congelado, ponto de partida de preparo de todos os outros tipos, consoantes as possibilidades e necessidades. Historiam a vida do 1.º Banco de Plasma do Brasil, registrando o fato auspicioso do Ministério da Guerra, cometer à Legião Brasileira de Assistência o encargo de desenvolver no Brasil os Bancos de Plasma.

Discussão: — O dr. Eurico Branco Ribeiro salientou o valôr dos trabalhos do dr. Eduardo Vaz e o espírito de servir, que predomina nas suas iniciativas. O presidente também poz em realce o valôr do Banco de Plasma, organizado pelo Instituto Pinheiros.

Linfogranulomatose benigna em doente de tuberculose pulmonar —

Dr. Mário Finocchiaro — O A. apresentou um doente operado pelo dr. Eurico Branco Ribeiro, de toracoplastia por tuberculose pulmonar, e que agora foi tratado por linfogranulomatose inguinal pelo processo Finocchiaro.

Discussão: — O dr. Paulo Bresan citou um caso que publicou, em que a tuberculose sobreveio à linfogranulomatose inguinal, salientou as dificuldades do diagnóstico diferencial na adenite inguinal. O dr. Francisco Finocchiaro disse que na adenite tuberculosa a evolução é longa e resistente a qualquer tratamento. O dr. Waldemir Abud, lembrou a ação terapêutica dos antimoniais. O dr. Saldanha Faria recordou o uso do Kíolol, citado na literatura médica. O dr. Guilherme Vilela Curban defendeu o uso da quimioterapia, por atingir focos distante possivelmente existentes.

O dr. Mário Finocchiaro referiu-se à associação da sulfamida à radioterapia, combatida por Kelly, por apresentar inconvenientes, pensa que existe ação roentgen à distancia, conforme tem sido observado com o método Finocchiaro.

Sociedade Paulista de História da Medicina

SESSÃO DE 20 DE FEVEREIRO

Os milagres do padre de Poá —
Dr. Edmur de Aguiar Whitaker — O A. estudou os acontecimentos há algum tempo ocorridos em São Paulo e comumente conhecidos sob o título de “os milagres do padre de Poá”, “as curas milagrosas do padre de Poá”. A respeito, escreveu um livro, cuja impressão ora se termina. O seu trabalho compreende os seguintes capítulos: Estudo do fenômeno (plano esquemático). I. Observação do fenômeno. II. Análise do fenômeno e seu significado. Estado atual da ciência no domínio em estudo. III. Classificação do

Presidente: Dr. Ulisses Paranhos
fenômeno, de acôrdo com os conhecimentos científicos presentes. Considerações gerais. IV. Conclusões. Considerações de ordem prática.

Concluiu que o fenômeno em apreço constitui mero aspecto de fenômeno mais amplo e que abrange o domínio da que podemos denominar “medicina popular mágica ou primitiva”. Revela a persistência viva da “mentalidade primitiva”, no seio do povo. Teceu, por fim, considerações de ordem religiosa, medico-legal, higienica, social, a respeito.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 1 DE MARÇO

Presidente: Dr. Silvio de Almeida Toledo

Perturbações oculares psicogenas e funcionais nas tropas em campanha — Prof. Ciro de Rezende — O A. iniciou a sua conferencia, fazendo um relato historico sobre a antiga concepção dos fenômenos de natureza historica estudados por Charcot, sobre a velha neurose traumatica de Oppenheim e historiando igualmente as concepções modernas sobre o assunto, decorrentes da experiencia da grande guerra de 1914-18 e da atual conflagração. Passou em seguida ao estudo da causa da doença, disposições para adoecer, frequencia, etc. Entrando no amago do assunto, o conferencista passa em revista as perturbações oculares que surgem em cada campanha, de fundo psico-neurotico, a saber: — a) perturbações do trigemeo (diminuição da sensibilidade); b) perturbações da musculatura ocular (blefaroespasmos, oftalmoplegia externa, nistagmus,

miídiase, perturbações da acomodação); c) perturbações visuais, quer as referentes à amaurose e ambliopia, quer as relacionadas ao estreitamento concentrico do campo visual, que após terem exercido um papel preponderante nas afecções desta natureza, vêm sendo consideradas dentro do seu justo conceito; d) perturbações de adaptação à luz.

Referindo-se ao tratamento das perturbações psicogenas oculares nas tropas em campanha, cita os metodos mais comumente empregados ressaltando a grande porcentagem de curas e recuperação dos soldados, que fizeram com que o antigo prognostico desfavoravel em casos desta natureza, fosse completamente afastada, pois a ampla experiencia da guerra alterou completamente o velho conceito da dificuldade de restabelecimento desses enfermos.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

Caso de dermatite palmar hereditária, com destruição das cristas papilares — Dr. João Paulo Vieira — O orador, depois de tecer considerações sobre a referida doença, apresentou os resultados colhidos

com o emprego da radioterapia. Enfocou o valor medico-legal do caso, sobretudo no que toca as doenças profissionais e à identificação.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radológicos em domicilio

★ Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

Departamento Científico do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz

SESSÃO DE 16 DE FEVEREIRO

Presidente. Dr. Paulo Corrêa

Contribuição para o estudo do princípio antinecrotico do fígado

— Drs. Paulo P. Corrêa, Paulo de Queiroz Rocha e Luiz Dias de Andrade. Os autores fizeram inicialmente um rapido resumo dos trabalhos existentes sobre o assunto, se detendo um pouco mais na análise dos trabalhos americanos (escola de Forbes). Relataram, a seguir, o resultado de suas experiencias originais feitas nos laboratorios do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina; obtiveram bons resultados na prevenção e terapeutica de certas intoxicações experimentais, com o uso do principio antinecrotico de Forbes

Comentário: — O trabalho foi comentado pelos drs. Lucio Carvalho Lima, Otavio de Moraes Dantas, e prof. Oscar Monteiro de Baros.

A gripe e seu tratamento —

Prof. Oscar Monteiro de Barros. O conferencista recordou inicialmente os fatos verificados na epidemia gripal de 1918, quando teve oportunidade de tratar numerosos casos na cidade de Santos. Estudou a seguir a etiologia, a patogenia, profilaxia, quadro clinico e tratamento da infecção gripal, em cada um desses pontos, citando fatos interessantes, e trazendo as observações de sua vasta experiencia clinica.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSÃO DE 19 DE FEVEREIRO

Presidente: Dr. Francisco Figueira de Melo

Amparo à criança anormal fisica

— Dr. Miguel Leuzzi — O autor chamou a atenção para a falta quase absoluta de meios necessários para proteção da criança inválida no sentido da educação primária e do ensino profissional, sugerindo que seria de boa orientação criar para amparo educacional e profissional da criança inválida:

a) classes especiais nos grupos escolares e nas escolas profissionais para crianças inválidas; b) selecionar professores especializados na orientação educacional e profissional para crianças inválidas; d) amparar e orientar as crianças inválidas pobres, cujos pais não tiverem recursos, tratando-se de socorrê-las na parte médico-social.

DAQUINOL -
(EMPOLAS)

NA GRIPE E NA
PNEUMONIA

Outras sociedades

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de fevereiro, ordem do dia: Hipopatia — Dr. José Ribeiro Netto; Xantossarcoma da tibia — Dr. Sebastião Hermeto Junior.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 1 de março, ordem do dia: Febre artificial injetada, como fator de radio-sensibilização nos tumores malignos — Drs. M. O. Roxo Nobre e Zwinglio Themundo Lessa; Contribuição da Medicina brasileira em prol da Radiologia — Dr. J. A. de Magalhães.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 11 de março, ordem do dia:

1.º) Dr. Oscar Monteiro de Barros; "Blastomicose pulmonar"; 2.º) Drs. Aldo Bruno de Finis e Constantino Mignone: "Novo substrato organico do sopro musical diastólico"; 3.º Dr. Gastão Rosenfeld: "Anemia drepanocítica (falciforme)"; 4.º Dr. Oscar Monteiro de Barros, Alberto Rodrigues Ferreira e E. Borbato: "Etiologia da insuficiência aortica" e 5.º Drs. Oscar Monteiro de Barros, Constantino Mignone e Foebus Gikiwate. "Tuberculose generalizada aguda".

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 14 de março, ordem do dia: Um interessante caso de "Determinação da Paternidade — Dr. Arnaldo Amado Ferreira; "Hermann Rorschach — Sua vida e sua obra".

Sociedade de Biologia de São Paulo, sessão de 9 de março, ordem do dia:

Uma nova aplicação do cloreto de potassio como hipotensivo na terapeutica da hipertensão arterial essencial — Dr. L. Manginelli; Observações sobre o seio

irido-corneano — Dr. A. Bussaca; Ação da sulfanilamida sobre girinos de *Bufus marinus* — Drs. L. A. Uchôa Junqueira, Ch. Corbet e Luiz Antunes.

Sociedade Médica São Jorge, sessão de 2 de março, ordem do dia: "Valor da respiração artificial e dos vasos constrictores na raqui anestesia. Resultados experimentais". — Dr. José Finocchiaro e Silvio Marone.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 15 de fevereiro, ordem do dia: Causas de sucesso e insucesso da neurocirurgia com relação ao nervo ótico — Dr. Rolando Tenuto.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 14 de março, ordem do dia: Otica Fisica — Dr. Paulo Tacles Bitencourt.

Centro de Estudos Científicos da Força Policial, sessão de 1 de março, ordem do dia: Emprego do Tionembutal em cirurgia gastrica — Cap. médico dr. Henrique Arouche de Toledo; Alguns acidentes nas transfusões de sangue pelo 1.º ten. médico dr. José Ribeiro de Carvalho.

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 25 de fevereiro, ordem do dia: Impressões da viagem aos Estados Unidos — Dr. Aloysio Mattos Pimenta; Acidentes mecanicos na convulsoterapia — Drs. Celso Pereira da Silva e Paulo Ferreira de Barros; Síndrome digestivo neuro-anemico — Considerações sobre um caso — Dr. Ernani Borges Carneiro.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 7 de março, ordem do dia: Terapêutica da sífilis ocular — Dr. José Mendonça de Barros.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 29 de fevereiro, ordem do dia: Os desvios conjugados dos olhos — Dr. Oswaldo Lange; Exibição de um filme sobre dois métodos cirúrgicos para o tratamento do glaucoma. (Da coleção do American College of Surgeons e por cortezia do Coordenador dos Negocios Interamericanos).

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 11 de março, ordem do dia: Demonstração sobre a histo-patologia da lepra — Dr. Paulo Rath de Souza.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 14 de março, ordem do dia: Um caso de pelagra com manifestações oculares. — Dr. W. Belfort Mattos.

Sociedade de Farmácia e Química, sessão de 11 de março, ordem do dia: Um veterano do Laboratório Clínico vai falar — Dr. Francisco Mastrangoli; Caracterização da esparteina — Dr. C. H. Liberalli.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia Regional de São Paulo, sessão de 4 de março, ordem do dia:

1.º — Fratura do escafoide pelo cap. médico do Exército Norte-Americano, servindo no Hospital Militar de Recife — Dr. Victor Mayer.

2.º — Fratura-luxação posterior da escapulo-umeral, pelo prof. dr. Domingos Define.

3.º — Espondilo-atrôses cervicais, pelo prof. dr. Orlando Pinto de Souza.

4.º — Artrodese coxo-femural pela técnica de Britain, pelo dr. Renato Costa Bomfim.

Sociedade de Gastro-Enterologia, sessão de 2 de março, ordem do dia: Etiopatogenia e diagnostico das hemorroidas — Dr. Levy de Azevedo Sodré; Valor biologico dos sais de cálcio dos vegetais — Dr. Ciro de Camargo Nogueira; Valor vitaminico de Alguns oleos brasileiros — Dr. Franklin A. de Moura Campos.

Serviço do Prof. Celestino Boursoul, sessão de 24 de fevereiro, ordem do dia: Radiologia do duodeno — Dr. Hortencio de Medeiros.

Departamento Científico do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, sessão de 14 de março, ordem do dia:

1) — "Endotelioma. Considerações em torno de dois casos", pela da. Veronica Rapp. 2) — Hemofilia em negro. Considerações em torno de um caso", pelo dr. Cassio Bottura. 3) O prof. Luiz Decourt, "Cancer do pulmão".

União Farmacêutica, sessão de 10 de fevereiro, ordem do dia: Atitudes e Rumos da Industria Farmacêutica — Dr. C. H. Liberalli.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Manual de Anatomia Patológica — S. Ramon y Cajal e J. F. Tello y Muñoz — Editorial Cientifico Médica (Calle Junqueras, 8) Barcelona, 1942.

Com esse título, acrescido de mais "noções de bacteriologia pa-

tológica", aparece a 10.ª edição do excelente livro espanhol, inicialmente escrito pelo sabio histologista Ramón y Cajal e agora refundido e atualizado pelo professor de Histologia e Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Madrid.

Quasi todos os capítulos foram corrigidos e ampliados e alguns quasi completamente refundidos, afim de ficou o texto em acordo com os mais recentes progressos da ciencia, segundo adverte o conhecido cientista na última edição feita pouco antes da sua morte, já em colaboração com o continuador de sua obra. E este, na presente edição, conservou tanto quanto possivel o texto do mestre.

Assim, é natural que esta obra venha tendo grande acolhida nos centros de estudo, pois reflete a opinião de uma das mais afamadas escolas histológicas do Mundo.

O volume contem 574 páginas, com 357 ilustrações, e custa 80 pissetas.

La enseñanza médica en México — Conrado Zuckermann, México 1943.

O prof. Conrado Zuckermann, que é um dos mais entusiastas instigadores da produção médica anexicana, fez um excelente estudo sobre o estado atual do ensino médico no seu paiz, analisando detalhadamente os programas das onze Faculdades de Medicina ali existente. Depois de acurado estudo, traçou as modificações que julga conveniente fazer-se afim de adaptar as escolas médicas aos conhecimentos e necessidades atuais. A orientação que traça, graças a sua experiência de professor e às excelsas qualidades espirituais que possui, não é util somente para o seu paiz, mas também para todos os que, pelo mundo afora, têm sobre si a responsabilidade do ensino médico.

Linfatismo — Manuel Salvat Espasa, Salvat Editores, Barcelona, 1943. No presente volume o A. encara um assunto de plena atualidade, tanto mais que focaliza especialmente as relações entre o linfatismo e a tuberculose. O volume faz parte da magnífica sédie de Manuais de Mé-

dicina Prática, que tanto sucesso vem alcançando devido à orientação prática que lhe deram os seus organizadores. Além de um texto de 144 páginas com várias ilustrações, em que a matéria é versada com larga documentação e experiência pessoal, o livro finaliza com uma série numerosa de radiografias do pulmão, comprobatorias das afirmativas do A. Os novos horizontes do conceito patogênico do linfatismo são delineados com segurança, apresentando um largo repositório de conhecimentos de utilidade para os clínicos principalmente para os que fazem Pediatria.

A cirurgia biológica da epilepsia essencial — Vicente de Modena, edição do Autor, Livraria Atheneu (Senador Dantas, 58), Rio, 1943.

O A. versa neste volume assunto sobre o qual já escreveu um artigo nos Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia. Entusiasta daervação simu-glomocarotídeana, o A. apresenta as justificativas da intervenção, descreve com detalhes a técnica operatória e apresenta os resultados observados nos seus casos. É louvável a sua intenção de divulgar um método operatório de utilidade em uma afeção que desafia os recursos dos clínicos e terapeutas. O volume contem 90 páginas, com ilustrações.

Circulação arterial del cerebro — Adolfo Escobar Pacheco, Prensa de la Universidad de Chile, Santiago, 1943.

A tese apresentada pelo conhecido cientista chileno para conquistista a cathedra de Anatomia Descritiva e Topografica da Escola de Medicina do Chile versou sobre a circulação atual do cerebro, assunto de grande aplicação na pratica médica, pois que no estudo dos tumores do cerebro, no das embolias, no das endarterites, etc., tem grande valor a distribuição topografica das arterias, para a localização do processo patoló-

gico e consequente tratamento. Trabalho paciente de pesquisa e observação, o que fez o A. dá-nos a segurança do seu grande valor de cientista, pelos detalhes

que assinala, pela clareza de exposição, pela documentação pessoal que apresenta. A monografia contém 56 páginas, com muitas ilustrações.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXVIII, 1-24, janeiro-fevereiro 1944 — Entamebas do intestino de Quelônios — A. Carini; Novo caso de endocardite mortal por lactobacilo — E. Biocca; O tratamento da sífilis pelo Bismuto Lipossolúvel — Galeninho.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, VIII, 9-289, setembro 1943 — Considerações em torno do critério de zona malárica — Luiz Maragliano Jor.; Sobre a fauna anofélica do vale do Paraíba (Diptera-Culicidae) — Ovidio Unti e Alvaro S. Ramos; Sobre o Anopheles Noroestensis — A. L. Ayrosa Galvão e J. Lane e O. Unti; Observações sobre os anofelinos no litoral paulista — Alberto S. Ramos; Resistência de ovos de algumas anofelinas de São Paulo — Ovidio Unti; Método simples e rápido para a dosagem do quinino no sangue — Ovidio Unti; Oxigênio dos focos de anófeles de São Paulo — Ovidio Unti; Ferro dos criadores e o "anofelismo sem malária" do vale do Paraíba — Ovidio Unti; Os vetores de malária no Estado de São Paulo — Renato R. Corrêa; Nota sistemática sobre Anopheles (N.) Rondoni, — Neiva e Pinto; Descrição do ovo (Diptera, Culicidae) — Renato R. Corrêa e Alberto S. Ramos; Chaves para a determinação das espécies do subgênero Nyssirhynchus do Brasil — A. L. Ayrosa Galvão; — Quimioprofilaxia — J. A. B. Fonseca, David Coda e Aladino Schiavi; Novas concepções sobre o ciclo evolutivo dos Plamodias — Ovidio Unti.

Memórias do Instituto Butantan, XVII, 1-285, 1943, Serpentes do genero Dryophylax, com a descrição de uma nova especie — Um novo caso de bicefalia em serpente — A posição do genero Rhadinia em sistematica, com a descrição de uma nova espécie — Alcides Prado; Quilópodos do Perú — Wolfgang Bücherl; Catadiscus freitaslenti, sp. n. (Trematoda: Paramphistomoidea), parasito de ofidio neotróico; observações sobre a presença de dois canais eferentes no genero Catadiscus COHN, — José M. Ruiz; Neotangium travassosi, gen., sp. n. (Trematoda: Paramphistomoidea), parasito de quelonio marinho. Chave dos generos da familia Microscaphidiidae. José M. Ruiz; Algumas notas sobre o genero Opisthogonimus. — Descrição de Opisthogonimus serpentis, sp. n., Trematoide de ofideo — P. Toledo Artigas, José M. Ruiz & Aristoteris T. Leão; Substancias estrogénicas nos ovários das Crotalídeas — José R. do Valle & Luiz A. R. do Valle; Teor em acetilcolina da genitalia de ratos em diferentes condições hormonais — José R. do Valle & Ananias Porto; Farmacologia comparada do canal diferente do coelho normal e castrado — Ananias Porto; Sobre a passagem de substâncias androfénicas nas parabiases de ratos normais — Ananias Porto; Efeito da progesterona nas amenorreias — Luciano Décourt & J. I. Lobo; Contribuição ao estudo de exoftalmia — A. Marcondes Silva; Vacinação T. A. B., 91)

Formação de aglutininas no homem resultante do emprego de vacina formulada. — Vacina formulada por via intradérmica — J. S. de Macedo Leme & L. Nogueira Carrijo; Nível médio de aglutininas tíficas em São Paulo. Contribuição para o seu conhecimento — J. S. de Macedo Leme & Nogueira Carrijo; Incidências de bactérias do genero *Salmonella* em ratos da Cidade de São Paulo; O papel do estreptococo no penfigo foliaceo (fogo selvagem) Estudo clinico-bacteriologico — B. Mário Mourão.

Revista Brasileira de Leprologia. — XI, 263-398, dezembro 1943 — Estudo clinico da nevrite leprotica — Bechelli, Luiz Marino; Mielodisplasia e lepra nervosa — Julião, Oswaldo Freitas.

Revista Clínica de São Paulo, XIV, 161-196, dezembro 1943 — Resultados do primeiro inquerito roentgenfotográfico feito nos Parques Infantis de São Paulo — Syvrio L. do Amaral, Olavo Pazzanese e J. Martins Ferreira.

Revista Paulista de Medicina, XXII, 283-361, dezembro 1943 — Nova técnica para via do acesso ao segmento pancreático do ducto colédoco e porção justa-duodenal do ducto pancreático principal de Wirsung — Mário Degni.

São Paulo Médico, XVII, 5-123, janeiro 1944 — Paleopatologia — A. de Almeida Prado; Tratamento do tracoma — Penido Burnier e Lech Junior.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Universidade de São Paulo

Concessão de autonomia — Realizou-se no dia 1.º de Março, às 15 horas, no Palacio do Governo, a cerimonia da assinatura da Pasta da Educação e Saúde Publica, do Decreto que concede autonomia à Universidade de São Paulo.

Depois de declarar aberta a sessão, o Sr. Interventor Fernando Costa afirmou que estava assinando o Decreto que concede autonomia à Universidade de S. Paulo e frisou a satisfação com que o Governo do Estado o assinava, atendendo assim a uma velha aspiração daquele importante Departamento.

A seguir, o Sr. Fernando Costa deu a palavra ao Prof. Jorge Americano, Reitor da Universidade, de São Paulo, que, antes de pronunciar o seu discurso, leu a seguinte carta por ele enviada ao Sr. Sebastião Nogueira de Lima, Secretario da Educação e Saúde Publica

"São Paulo, 1 de março de 1944 — Senhor Secretario — No momento em que, seguindo uma evolução normal, a Universidade de São Paulo vendo reconhecida a sua condição de autarquia, deixa de constituir um Departamento da Secretaria da Educação e Saúde Publica, quero exprimir a V. Exa. todo o reconhecimento pela obtenção do objetivo ora alcançado.

Achava-se o assunto já em estudos pelo seu digno antecessor. Ao assumir o seu cargo, V. Exa., com uma alta compressão dos superiores interesses da Universidade, não hesitou em aceder imediatamente na concessão da aspirada autonomia, tão relevante para as finalidades universitarias.

Com um desprendimento raro, não opoz o menor obstaculo, antes coadjuvou sinceramente para que a aspiração fosse convertida em realidade, não obstante destacar-se da Secretaria da Educação de Saú-

de Publica e, portanto, emancipar-se da sua direta administração um Departamento da importância da Universidade. Folgo pois, em reconhecê-lo e proclamá-lo em honra à sua atitude de homem publico, que não sobrepõe nenhuma consideração pessoal aquilo que entenda ser o melhor bem para a administração.

Quero exprimir também a V. Exa. os agradecimentos muitos sinceros pelas distinções com que cumulou à Universidade e ao seu Reitor, durante o curto período de sua administração em que ela continuou a subordinar-se à Secretaria da Educação e Saúde Pública.

Rogo a V. Exa. que se digne de ser também o interprete destes sentimentos ao Sr. Diretor Geral da Secretaria da Educação e Saúde Pública, Dr. Aluisio Lopes de Oliveira, ao Sr. Consultor Jurídico, Dr. João Mendes Neto, bem como a todos os funcionarios a quem estiveram até agora afetos os negocios da Universidade nessa Secretaria.

Tenho a honra de reiterar a V. Exa. a expressão do meu elevado e distinto apreço. — Jorge Americano, Reitor".

Em seguida o Prof. Jorge Americano pronunciou o discurso que reproduzimos:

"Quem disputa uma cadeira de Professor, supõe-se ter, além de capacidade científica, idoneidade moral.

Para inscrever-se, traz folha corrida. Não basta. Os futuros colegas investigam-lhe a vida e, por decisão de consciencia, em voto secreto, julgam-no moralmente idoneo.

Mais tarde o Govêrno, pelo seu valor, nomei-o diretor da escola superior. Assiste-o um Conselho Técnico Administrativo, tão idoneo quanto possa alcançar a certeza humana.

Ora bem. Um diretor de instituto universitario jamais pôde, até hoje, aplicar um saldo da verba

— papel e tinta — na compra de livros para biblioteca. Era-lhe vedado usar sobras da verba — café e açúcar — na impressão de revista científica. Dos excessos da verba de rotina de laboratorio não podia comprar material urgente para o início de uma pesquisa de interesse mundial.

Devia officiar pelos canais competentes e pleitear perante a administração publica. Meses depois, um decreto especial transferia a verba e autorizaria a aquisição.

Quando surgira o problema científico, partiram juntos os cientistas brasileiros e estrangeiros. O Professor de Cornell, o cientista de Oxford, o pesquisador de Yale, haviam obtido imediatamente a assinatura do seu decano, sobre um cheque, e começaram a trabalhar. E quando, em recém-chegadas revistas estrangeiras, leem-se os primeiros resultados das pesquisas, os nossos ainda estão a encher listas triplices de abertura de concorrência para a compra do material que, ou já desapareceu do mercado, ou precisa de revisão, dado o aspecto novo que o problema passou a revestir.

Essa, uma das causas do retardamento da nossa produção científica. Dai, o poder criador do decreto que hoje dá autonomia à Universidade de São Paulo.

O ato é simples e solene, na sua grandeza.

Estas assinaturas não se perderão nos arquivos das coleções de leis. Sua energia propulsora far-se-á sentir no passo mais rapido da ciencia universitaria, e a cada avanço estará ligado o nome dos administradores de São Paulo no ano decimo da Fundação da Universidade".

Terminada a oração do Reitor da Universidade de São Paulo, fez uso da palavra o Sr. Sebastião Nogueira de Lima, Secretario da Educação, que pronunciou expressivo improviso.

A seguir, o Sr. Interventor Fernando Costa pronunciou breve ora-

ção, declarando encerrada a cerimônia da assinatura do decreto concedendo autonomia à Universidade de São Paulo.

As primeiras palavras do Chefe do Governo Paulista traduziram a significação que encerrava o ato, em face da educação do povo, na história de São Paulo. "Este ato do Governo, concedendo maior liberdade de ação aos vossos trabalhos — disse — é uma demonstração de que o Governo de São Paulo quer, realmente, um trabalho sensato, produtivo, em todos os setores da administração pública".

Em seguida, assegurou que o Governo adotaria ainda outras medidas, que se fizessem necessárias no sentido do aperfeiçoamento dos trabalhos da Universidade, da qual partem os meios necessários à ilustração e ao preparo do povo, principalmente em face das futuras necessidades de após guerra".

Finalizando a sua oração, o Sr. Interventor Fernando Costa formulou votos de prosperidade para todas as atividades universitárias, bem como para que o seu aperfeiçoamento atinja o maximo com as ampliações que serão efetuadas na construção da "Cidade Universitária".

"Trabalhem todos — disse ao terminar — com um unico objetivo: o de bem servir a São Paulo e ao Brasil".

A integra do Decreto-lei assinado pelo Sr. Interventor Federal, que recebeu o n. 13.855, é a seguinte:

"Art. 1.º — A Universidade de São Paulo, com todos os seus Institutos Universitarios, é uma autarquia sob a tutela administrativa do Governo do Estado e sob o controle econômico-financeiro da Secretaria da Fazenda, no que diga respeito à tomada de contas e inspeção da contabilidade.

Paragrafo unico — Fica mantida a actual situação dos estabelecimentos universitarios dotados de

personalidade juridica e patrimonio proprio.

Art. 2.º — Na Reitoria da Universidade de São Paulo se processarão todos os atos administrativos da Universidade. Institutos Universitarios e respectivas dependencias, que antes eram processados pela Secretaria de Estado da Educação e Saúde Publica.

Paragrafo 1.º — Passa para a alçada do Reitor a pratica de todos os atos administrativos da Universidade, que antes eram da competencia do Secretario de Estado, ou do Diretor Geral de Secretaria da Educação e Saúde Publica.

Paragrafo 2.º — Compete ao Secretario de Educação e Saúde Publica decidir os recursos interpostos em concursos para catedratico e livre docente, nos termos da legislação em vigor.

Art. 3.º — Os decretos-leis e decretos referentes à Universidade de São Paulo serão referendados pelo Secretario da Educação.

Art. 4.º — Os efeitos do orçamento do corrente ano para a Universidade de São Paulo, Institutos Universitarios e suas dependencias, serão processados na Reitoria da aludida Universidade. Nos orçamentos futuros as verbas de adatação ao regime de administração serão previstas neste Decreto-lei.

Art. 5.º — Os cargos existentes na Universidade de São Paulo e nos Institutos que dela fazem parte continuam sendo criados e providos na forma da legislação em vigor, assegurada aos respectivos titulares a qualidade de funcionarios publicos.

Paragrafo unico — Os atuais professores e demais funcionarios pertencentes à Universidade servirão com os mesmos titulos, independentemente de apostila.

Art. 6.º — Este Decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrario".

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Pósse da nova diretoria — Sob a presidência do dr. Roberto Oliva, secretariada pelo dr. Pedro Ayres Neto, realizou-se no dia 7 de março, uma sessão solene comemorativa de seu 49.º aniversário de fundação e destinada, também, a dar pósse à diretoria eleita para o bienio 1944-45 e que ficou assim constituída:

Presidente, prof. Carlos Gama; vice, prof. Eduardo Monteiro; secretário geral, dr. Pelro Ayres Neto (continuação do mandato); tesoureiro, dr. Oscar Cintra Gordinho (continuação do mandato); adjunto do secretário geral, dr.

Vasco Ferraz Costa (continuação do mandato); secretários de mesa, drs. Geraldo Vicente de Azevedo e Francisco Cerruti; presidentes das Secções, Medicina Geral, dr. João Alves Meira; Cirurgia Geral, dr. Nairo França Tench; Medicina Especializada, dr. Walter Edgard Mafei; Cirurgia Especializada, prof. José Medina; Ciências Aplicadas, dr. F. J. Monteiro Sales; e Medicina Social, prof. Geraldo de Paula Souza; Comissão do Patrimônio, dr. Raul Vieira de Carvalho, prof. Franklin de Moura Campos, dr. J. A. de Mesquita Sampaio e dr. Roberto Oliva.

Sociedade Médica São Lucas

Pósse da nova diretoria: — Realizou-se dia 29 de fevereiro no Sanatório São Lucas, a solenidade da pósse da nova diretoria, que está assim constituída: Presidente, dr. José Saldanha Faria; Vice-Presidente, dr. Hercilio Marroco; 1.º Secretário, dr. Eurico Branco Ribeiro; 2.º Secretário, dr. Valdemar Machado; 1.º Tesoureiro, dr. Paulo Bressan; 2.º Tesoureiro, dr. Nelson Caires de Brito; Bibliotecário, dr. João Sonnleitner; Conselho Consultivo: drs. Francisco Finocchiaro, A. Enesto Carvalho, J. B. Ferraz e Oscar I. A. Bruno.

Após o ato da posse, o dr. Nogueira Martins proferiu as seguintes palavras.

“Sr. Presidente:

Ao pedir licença para externar nosso júbilo ao assistirmos o ato de posse da nova Diretoria da Sociedade Médica São Lucas, que constitui exuberante demonstração de sua sadia vitalidade, não pretendo quebrar os hábitos de simplicidade, sempre dominantes nesta casa, onde as relações en-

tre os Colegas vivem n'um ambiente perene de cordeal naturalidade.

Centro de estudos médicos rigorosos, n'uma casa de trabalho honesto, as reuniões dos seus frequentadores são realizadas sempre n'uma atmosfera de costumeira singeleza, sem as complicações d'um cerimonial suntuário nem as asperezas d'um protocolo pomposo.

Orgão de debates científicos, nos quais se aproveita, de preferência, o rico material que lhe oferece o Sanatório, é a Soc. Med. São Lucas uma das mais novas, o que, entretanto, não lhe impediu ocupar-se já um dos logares de maior destaque, entre as seus congêneres, graças ao exato cumprimento do programa de labor e pesquisas que com mãos habéis e seguras lhe traçou o saridealizador, o dr. Eurico Branco Ribeiro. E' esta, sem duvida, uma das melhores realizações deste nosso Mestre, Colega e Amigo, cujo nome constitui hoje um justo motivo

de orgulho, não só desta casa, mas também de toda a classe médica nacional, quer pela variedade das inovações que introduziu nas mais diersas técnicas cirurgicas, quer pela justeza das suas observações e ainda pelo alto valor dos seus trabalhos científicos, que lhe concederam um merecido logar de relevante projeção no cenário medico sul americano.

Não deixa de constituir motivo de lamentação o afastamento da atual Diretoria, cujo mandato agora termina, durante cuja gestão tivemos tantas oportunidades de apreciar as magnificas obras com que contribuiu eficazmente para o nosso aprimoramento cultural.

Acredito interpretar, sem afeição mas com fidelidade, o sentimento unanime dos nossos consocios ao propor que fique consignado na Ata desta Reunião um voto de louvor e de agradecimento a toda a Diretoria hoje substituída, a cuja frente sobressae a figura simpática do seu ilustre Presidente, o dr. João Sonlleithner, secundado por todos seus distintos colaboradores, pelas esplendidas exhibições de ciencia medica e de cultura profissional que nos proporcionaram no ano findo.

Julgo ainda não incidir em erro afirmando que traduzo uma impressão geral, sentida sinceramente por cada um e manifestada pobremente pelas minhas palavras, e dizendo que é com verdadeiro prazer e legitima satisfação que assistimos agora a elevação à curul presidencial da Soc. Med. São Lucas do nosso presado colega dr. José Saldanha Faria. Moço, simples e dedicado, estudioso e trabalhador, — possúe assim todos os predicados necessarios ao exercício d'uma atividade fecunda e que, ao certo, se comprovará fartamente por notaveis empreendimentos no periodo que ora iniciamos.

Sua carreira profissional, iniciada na Faculdade de Medicina de Paraná, é uma série ininterrupta de lutas e de vitórias. Do

socego da Sta. Casa de Curitiba, para as durezas d'uma clínica sertaneja de Rio Negrinho, e d'aqui para a trepidante atividade clinicocirurgica do Sanatório São Lucas, — sempre deixou, em traços indelievéis, em toda a parte e para toda a gente, a mesma impressão grata e favoravel das multiplas qualidades de inteligencia, de espirito e de coração que exornam sua radiante personalidade.

Estes são os motivos determinantes de nossa unanime satisfação. Os votos que fazemos por uma brilhante temporada da nova Diretoria serão, com toda a certeza, aqui confirmados, para maior grandesa e crescente progresso da Medicina Brasileira".

A seguir, o novo presidente disse as seguintes palavras:

"Senhores consocios.

Sinto-me orgulhoso pela distincão a ciencia conferida ao cumprir o honroso mandato que me haveis imposto, de presidir pelo ano em curso esta digna Sociedade Médica São Lucas.

Por obra do esforço daqueles que me antecederam, a nossa instituição tem chegado a um expoente elevado, criando um centro científico de alto grão de cultura médica, que não tem outro anelo e preocupação senão o progresso da medicina em nosso pais.

A Sociedade Médica São Lucas em seus cinco anos de existencia, tem evoluído sem deter-se em seu caminho, e como testemunho do seu labór profíquo, refletindo sua atividade, podemos destacar as inúmeras sessões realizados com o maior exito e o Boletim que os objetiva, sem falar do conceito moral e científico que a nossa corporação desfruta, o que constitue motivo de orgulho para os membros que a compões e um estímulo para os novos elementos que se vão incorporando em seu seio, vindo batalhar conosco neste centro de estudo e de defusão científica, conservando sempre bem alto o prestígio que a nossa instituição

possue não somente em nosso meio, como nos demais centros científicos do país e do exterior.

Em tais condições, esta Sociedade pode rejubilar-se e deve sentir-se orgulhosa de si mesma. E eu também, como já me referi, orgulho-me pela distinção que recebo, não deixando de me sentir perturbado, invadindo-me certas inquietudes ao considerar a altura que me haveis colocado.

E' de praxe, ao assumirmos a direção uma instituição, que todo o novo mandatário trace o seu programa de ação, o qual há de ajustar as suas funções diretivas. Eis aí um ponto que nada ou muito pouco poderei formular de prático. Planejar programa de trabalho seria o mesmo que reeditar o que já tem sido realizado nos períodos de progresso transcorridos.

Na nossa gestão, que ora se inicia, nos propomos perseverar na mesma conduta, mantendo e procurando orientar-nos nas produtivas e fecundas gestões passadas, estimulados pelo auspicioso apoio de meus companheiros de diretoria e demais consócios.

O nosso labor científico, como todos vós sabeis, tem sido fecundo, com trabalhos que fazem honra e enaltecem os seus autores.

Desejava apenas chamar a atenção, não com o espirito de crítica, no que se relaciona as comuni-algo extensas e outras com caráter de monografias, o que fazem desviar a atenção da auditorio, com aparição — de colloquios tão molestos para o orador, assim como para quem tem um marcado interesse em escutá-lo.

Nesse sentido, permitam-me uma sugestão, para que as comunicações sejam tão breves quanto possíveis e que esta brevidade venha acompanhada de uma claridade na na exposição, procurando resaltar o ponto mais importante que o autor, considera e sobre o qual há de versar a discussão. Devemos sempre procurar consagrar alguns

minutos na discussão dos trabalhos. Em nossas reuniões científicas as discussões possuem sempre o aspecto de uma palestra amavel, existindo quase sempre o prazer de abrir o pensamento e expressar as ideias sem que por um momento exista o temor de uma discussão acalorada.

Este profundo respeito é fundamental para que toda a discussão possa ser proveitosa.

Tratando-se desse dos instantes mais solenes de minha vida médica, com este honroso titulo recebido, rogo aos colegas a permissão dum aparte afetivo.

Acho propicio estes nobres e sinceros desafogos, que são como valvulas de escape à pressão imensa a que me haveis feito expressar meu reconhecimento.

O destino fez coincidir vir a conviver nesse meio, onde vim passar mais uma etapa de minha vida profissional.

Aqui colhi os ensinamentos com a valiosissima ajuda e apoio de todos, encontrando campo propicio e amplo, para empreender a realização do maior anhelado, tomando contacto mais íntimo com a cirurgia.

Contudo, desejava expressar meu reconhecimento todo especial ao nosso prezado mestre dr. Eurico Branco Ribeiro, figura simpática e amiga de todos. Além do que a Natureza pródiga com ele, o concedeu graciosamente aguda intelligencia e capacidade, é necessario destacar o que ele deve a si mesmo pelo exercicio de faculdades que só se desenvolvem como consequência do esforço, de uma vontade gigante e disciplina ferrea, com uma atração conhecida e notária — O elogio de preclara personalidade de tão insigne mestre da cirurgia brasileira, seria para mim a tarefa mais grata, se não se abriga o temor de que minhas palavras fiquem por baixo do nível de minha verdadeira, sincera e íntima apreciação.

O critério equilibrado de suas atitudes, o seu espírito organizador e de disciplinada laboriosidade, os seus conselhos e orientações uteis que utiliza com eficácia para orientar-nos nas difíceis encruzilhadas em que as vezes nos vemos colocados, são outros tantos fatores de justo mérito que culminam a nossa simpatia e gratidão pelo amigo e mestre que rogo à Deus sempre conservá-lo entre nós para a nossa satisfação e benefício.

Ocasão propícia me é facultada também, para saldar uma dívida de honra. Dou a afetuosa boas vindas a um dos oradores inscristos para falar nesta sessão, o nosso estimado e distinto amigo, Prof. Mário Braga de Abreu, catedrático de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná, expoente significativo da cirurgia brasileira. Toca-me a satisfação de expressar minha profunda e eterna gratidão, ao lhe dirigir e consagrar estas palavras sinceras, prestando-lhe uma justa homenagem pelo muito que lhe devo, amparando e orientando como um conselheiro eficaz, os meus primeiros passos na minha carreira médica.

E'-nos bastante grata e honrosa a sua presença neste recinto e, por

sua vez, a Sociedade Médica São Lucas, a qual tenho o privilégio de representar, rejubila-se vivamente em logo mais ouvir a sua palavra didática e proveitosa, dada a sua grande projeção e prestígio de que goza nos vários centros científicos do país.

Meus prezados consocios.

Cabe-me, pois, suceder à presidência o nosso brilhante companheiro dr. João Sonleithner que no decurso de sua gestão finda, tem posto de manifesto todas as suas excelentes qualidades para se revelar um exímio e digno presidente, agindo com interesse e exato conhecimento, procurando com a sua dedicação dar todo o impulso que nos permite contemplar a nossa Sociedade em plena marcha e com a sua vida estática e dinâmica garantida.

Solicito de todos em caloroso voto de aplauso por esta obra de trabalhos realizado, que espero continuar desempenhando com a cooperação de meus companheiros de diretoria e demais consocios.

Iniciemos, pois, o nosso labor científico".

Passou-se, depois, à parte científica, de que damos notícia em outro logar.

Associação Paulista de Medicina

Foi o seguinte o movimento científico do ano de 1943: — Assembleias gerais ordinarias 3, extraordinarias 2, sessões da Secção de Medicina: Ordinarias 12, extraordinarias 5; da Secção de Cirurgia: ordinaria 11; Secção de Higiene e Molestias Tropicais, 12, de Tisiologia, ordinarias 10; do Departamento de Cultura Geral, ordinarias 12, extraordinarias 2; Urologia, ordinarias 11, extraordinaria 1; Departamento de Medicina Militar, ordinarias 12, extraordinaria 3; Ginecologia e Obstetricia, ordinarias 11, extraordinarias 2; Dermatologia, ordinarias 11, ex-
(98)

traordinarias 2; Otorinolaringologia, ordinarias 13; Radiologia e Electricidade Medica, ordinarias 4. Total: 141 sessões ordinarias e 21 sessões extraordinarias. Reuniões da Diretoria, 24. Reuniões para a instalação do Instituto de Previdência 4. Reuniões para tratar da instalação do Congresso Medico Social 4. Reuniões para tratar da instalação do Congresso Medico Social 4. Offícios enviados pela Secretaria 190; Cartas enviadas 70, noticias para a imprensa 200.

Departamento de medicina militar
— De acôrdo com o requerimento

firmado por numerosos socios, houve por bem a Diretoria instalar o Departamento de Medicina Militar, ato já aprovado pela Assembléa e de cujo acerto falam bem alto o numero de trabalhos e o interesse dos assuntos ventilados nas sessões deste novo departamento.

Secção de Radiologia — Também mediante requerimento assinado por numero legal de socios foi criada a Secção de Radiologia, que vem funcionando com proveito e grande exito desde setembro proximo passado.

Trabalhos apresentados — Traduz bem a importancia scientifica da Associação Paulista de Medicina e é espelho fiel do valor da contribuição que ela traz às letras medicas de nosso país a enorme soma de trabalhos apresentados nas diferentes sessões e cuja relação é a seguinte: Medicina Geral, 54; Cirurgia, 29; Higiene e Molestias Tropicais, 34; Neuropsiquiatria, 28; Dermatologia, 33; Pediatria, 22; Oto-rino laringologia, 25; Tsilogia, 22; Urologia, 27; Ginecologia Obstetricia, 455; Radiologia, 7; Departamento de Medicina Militar, 15; Departamento de Cultura Geral, 13.

Foram pois comunicados e discutidos nas diferentes secções 354 trabalhos. Esta elevada cifra, na sua eloquencia, demonstra mais que as palavras como se trabalha, pelo progresso da medicina da Associação.

Revista — Reflexo da atividade científica da Associação é a Revista Paulista de Medicina, que sob a orientação dedicada e eficiente do dr. João N. Von Sonnleithner vem sendo publicada com regularidade. Em 1943 foram publicados os volumes XXII e XXIII. O primeiro com 47 trabalhos integrais e 110 syntheses. O segundo, com 32 trabalhos integrais e 39 syntheses. Dadas as dificuldades do momento, é de se elogiar a direção da Revista e seu corpo de redatores,

os quais graças a louvavel esforço, conseguiram realizar um verdadeiro recorde, atestado pelo numero de trabalhos publicados.

Premios — No dia 12 de outubro de 1943, realizou-se em sessão solene extraordinaria, a entrega dos premios aos autores dos trabalhos vencedores, em 1942. Após ter o sr. presidente aberto a sessão e congratular-se com os vencedores, passou-se à distribuição dos premios, cuja relação é a seguinte:

Premio "Enjolras Vampré" — Conquistado pelo dr. Osvaldo de Freitas Julião com o trabalho "Contribuição para o estudo clinico dos disturbios tréficis na lepra e seringomielia".

Premio "Arnaldo Vieira de Carvalho" — Conquistado pelo dr. Otaviano Alves de Lima Filho com o trabalho "Leucoplasia vulgar. Contribuição para o seu estudo".

Premio "Clemente Ferreira" — Conquistado pelo dr. J. Otavio Nébias com o trabalho "Calcificação intratrácica na tuberculose pulmonar".

Premio "José de Almeida Camargo" — Conquistado pelo dr. Silvio Marone com o trabalho "Missexualidade e arte".

Premio "Margarido Filho" — Conquistado pelo dr. Armando de Arruda Sampaio com o trabalho "Aspectos do bócio endemico na infancia e na adolescencia".

Premio "Honorio Libero" — Conquistado pelo dr. Licinio H. Dutra com o trabalho "Polipos cervicais. Afecções polipoides do colo do utero. Ensaio de classificação e tratamento".

Premio "A. C. Camargo" — Conquistado pelos drs. Darcy Villela Itiberê, Sylla. Mattos e Osvaldo Mellone com o trabalho "Tratamento da estrofia completa da bexiga pela operação de Coffey (Técnica n.º 1) e cistectomia".

Os premiados foram asúdados pelo prof Hilario Veiga de Carvalho e agradecendo falou o dr. Armando de Arruda Sampaio.

Socios Mortos — Teve a Associação a lamenar, durante 1943, a morte dos seguintes socios: dr. Eduardo Williams de Souza Aranha, dr. Antonio do Livramento Barreto, dr. Vicente Batista, dr. Nestor Diel Granja, dr. Antonio Rondino, dr. Alarico Toledo Piza e do nosso socio honorario sr. José Vaz. A Associação participou das homenagens prestadas a esses grandes amigos, que deixaram, no nosso meio social, vacuos irreparáveis. Que sua memoria seja sempre lembrada com saudade entre os nossos consocios.

Aumenta do numero de socios

— A campanha para o aumento do numero de socios está sendo vitoriosa. Conta hoje a Associação com 1.294 socios efetivos; 138 socios correspondentes e 4 benemeritos. O aumento em relação à igual época do ano passado é de 324, para os socios efetivos. Somos provavelmente a maior sociedade medica do Brasil.

Melhoria do controle financeiro

— Foi contratada a "Organização Argus de Contabilidade" para controlar o movimento financeiro da Associação. O "deve" e o "haver" estão, pois, rigorosamente fiscalizados por esses peritos contadores cujos bons serviços a Associação se sente no dever de agradecer. E o seguinte o resuma do movimento financeiro do ano social de 1943:

Receita, Cr. \$ 185.944,30; despesas, Cr. \$ 188.520,80. Supervit, 67.423,500.

A disponibilidade da Associação em 30-11-1943 está assim representada.

Caixa (dinheiro em cofre), Cr. \$ 11.698,70; depositos à or-

dem, Cr. \$ 97.456,10 perfazendo um total de Cr. \$ 109.154,80 o que indica um aumento em relação ao saldo existente em 30 de novembro de 1942 da apreciavel quantia de Cr. \$ 66.891,40.

Está, pois, a Associação em situação financeira de folga, embora em modestas proporções.

Desde o nício de 1943, encontra-se na direção da sêde social o dr. Diamantino Cravo, a quem deve a Associação agradecimentos pelo zelo e interesse com que vem desenhando o cargo.

Biblioteca — Foi organizado o arquivo para a correspondencia recebida e expedida. Foi organizado um fichario das duplicatas e das faltas dos periodicos existentes. Tem sido mantida a permuta com 225 revistas de varias partes do mundo. Foi obtida para os socios uma bonificação que varia de 5 a 15 por cento sobre os preços de livros e revistas de Livrarias especializadas de São Paulo. O expediente da Biblioteca em substituição do antigo, que foi estendido das 13 às 22 horas, era das 20 às 22 horas.

Movimento da biblioteca — Livros recebidos em donativos, 82; fasciculos de periodicos recebidos em donativos, 3.016; avulsos recebidos (teses, relatorios separatas, etc.), 247; fichas feitas, 898; fichas de obras classificadas por assuntos, 359; correspondencia recebida dos estrangeiros, 40; do Brasil, 33; correspondencia expedida para estrangeiro, 178; para o Brasil, 194; encadernações, 295 volumes; consultas: ao material da biblioteca, 382; informações pedidas à bibliotecaria, 255.

HEXAMYO

IODO EM GOTAS

Sociedade Brasileira de Cardiologia

Nova Diretoria — Acaba de ser eleita a nova diretoria de Sociedade Brasileira de Cardiologia que ficou assim constituída:

Presidente, sr. Dante Pazzanese; vice-presidente, Adriano Pon-

dé (Baía); secretario, Pinto de Moura; sub-secretario, A. A. Vilela (Rio); tesoureiro, Mario Salis (Porto Alegre); diretor de arquivamento, L. Mendonça de Barros.

Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física

Nova diretoria — Foi eleita no dia 10 de Março, a nova diretoria da Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física que ficou assim constituída:

Presidente: — Dr. Reynaldo Busch; Vice-Presidente: — Dr. João de Deus Bueno dos Reis; 1.º Secretario: — Dr. Gustavsson

Detthow; 2.º Secretario: — Dr. Antonio de Cillo Neto; 1.º Tesoureiro: — Dr. Odilon Nascimento Faria; 2.º Tesoureiro: — Dr. Ataliba Leite de Freitas; Orador: — Dr. José Taliberti; Conselho Técnico: — Drs. Arne Enge, José Dias da Silveira, Aristides Giorgi, Silvio de Godoy Alcantara e Aurelio de Moraes.

Sociedade Médica São Lucas, de Campinas

Uma nova Sociedade Médica — Foi fundada em Campinas por um grupo de médicos católicos, a Sociedade Médica de São Lucas com o objetivo de cultivar o estudo das ciencias médicas sob a inspiração do espirito cristão.

Sua primeira diretoria ficou assim constituída: presidente: Dr. Afonso Ferreira; vice-presidente: Dr. Paulo Ariani; 1.º secretario: Dr. René Pena Chaves; 2.º secretário: Dr. João de Souza Coelho; tesoureiro: Dr. Arlindo Girard Jacob; bibliotecário: Dr. Roldão de Toledo; presidente nato: Sr. Bispo Diocesano, que nomeou para As-

sistente Eclesiástico o Revmo. Padre Santo Arnelin.

Na ordem do dia foram apresentados os seguintes trabalhos: O neomaltusianismo — Dr. Arlindo Girard Jacob; O processo Ogino Knais — Dr. René Pena Chaves; O alcoolismo como causa de doenças mentais — Dr. João de Souza Coelho.

Por motivo de saúde a Sociedade teve de lamentar a renúncia do presidente Dr. Afonso Ferreira. A substituição recaiu na pessoa do vice-presidente, Dr. Paulo Ariani, ficando na vice-presidência o Dr. Manoel Afonso Ferreira Filho.

**PHILERGON = FORTIFICA
DE FATO**



LABORATORIO GROSS • RIO

ATROVERAN

